書式Ａ－１ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会 「認定動作士」

資格認定申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「認定動作士」の認定を受けたいので、

所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所在地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 関連資格 | □ 心理ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｲｼｮﾝ・ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰ （認定番号　　　　）  □ 臨床心理士 　　（登録番号　　　　）  □ 公認心理師 　　（登録番号　　　　） |

＊連絡先（現住所または所属）に○をつけてください。

書式Ａ－２ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会「臨床動作士」

資格認定申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「臨床動作士」の認定を受けたいので、

所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所在地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 関連資格 | □ 心理ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｲｼｮﾝ・ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰ （認定番号　　　　）  □ 臨床心理士 　　（登録番号　　　　）  □ 公認心理師 　　（登録番号　　　　） |

＊連絡先（現住所または所属）に○をつけてください。

書式Ａ－３ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会「臨床動作学講師」

資格認定申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「臨床動作学講師」の認定を受けたいので、

所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所 在 地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 関連資格 | □ 心理ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｲｼｮﾝ・ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰ （認定番号　　　　）  □ 臨床心理士 　　（登録番号　　　　）  □ 公認心理師 　　（登録番号　　　　） |

＊連絡先（現住所または所属）に○をつけてください。

書式Ａ－４ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会「認定動作士」

資格更新申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「認定動作士」の資格更新を受けたいので、所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所 在 地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 資　格 | □ 認定動作士　　（認定番号　　　　　） |

＊連絡先（現住所または所属）に○をつけてください。

書式Ａ－５ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会「臨床動作士」

資格更新申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「臨床動作士」の資格更新を受けたいので、所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所 在 地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 資　格 | □ 臨床動作士　　（認定番号　　　　　） |

＊連絡先（現住所または所属）に○をつけてください。

書式Ａ－６ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

履 歴 書

西暦　　　　年 　　月 　　日

氏 名

写真

ローマ字

生年月日 　　１９　 年 　 月 　日

現住所

　　　　　　〒

現所属

（所在地）　〒

高等学校 (相当)卒業以降の学歴、研究歴

年 月

年 月

年 月

年 月

学位（ 　　　　　　　）　　（　　　　　 ）年（　　　　　 ）大学

主な職歴

年　　　　　月

年　　　　　月

年　　　　　月

年　　　　　月

現所属学会

賞 　　 罰

書式A−７　　 　　　　　 ＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付日

払込の控え（ご利用明細票）貼付用紙

　年 　　月 　　日

氏 　名

貼　付　欄

審査料、登録料を送金した際の控え（コピー可）を貼り付けてください。