

一般社団法人日本産業カウンセリング学会  
第9期SV養成講座「実習編」受講申込書

申込日：2020年 月 日

一般社団法人日本産業カウンセリング学会 会長 殿

日本産業カウンセリング学会第9期SV養成講座「実習編」の受講を申し込みます。  
下記申請事項に相違ありません。

写真貼付  
6ヶ月以内のもの  
4cm×3cm  
裏面に氏名記載

氏 名 \_\_\_\_\_  
フリガナ \_\_\_\_\_

は該当に✓してください。年号は西暦で記入してください。

生年月日	年 月 日	現在 才	
現住所	〒 _____		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		昼間の連絡先	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話
E-メールアドレス	※添付ファイルが受け取れるものをお願いします。		
勤務(所属)先名			
勤務(所属)先住所	〒 _____		
所属先電話番号		FAX番号	

学歴(最終学歴から溯って5つまで)	卒業・修了・ 中退・在学の別	学校名(専攻等詳細に記載)
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

職歴(最近のものから溯って主な5つまで)	勤務先名	主な職務(役職・担当)
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

研究歴 (主な10まで)	種別	題名・内容・共著者・共同研究者	発表場所・掲載誌・出版社名等
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		
年 月	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 著書 <input type="checkbox"/> その他		

## ■スーパーバイザー養成講座申請資格要件

### I 所属学会 (日本産業カウンセリング学会以外は、主なもの5つまで)

入会年月	学会名	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

### II 取得資格 (産業カウンセラー・キャリアコンサルタント・認定カウンセラー・臨床心理士など主なもの5つまで)

取得年月	資格名・登録番号	認定団体名
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

### Ⅲ カウンセリングに関する実務歴

(面接・スーパービジョン・ケース検討会出席などを含む) 5,000 時間以上。そのうち、カウンセリング面接時間は 2,500 時間以上であること。実務歴を証明するご所属の書類を添付。)

期間	区分	内容(所属、場所、週何時間×何週など)	
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> スーパービジョン <input type="checkbox"/> ケース検討会 <input type="checkbox"/> その他		時間
カウンセリング面接時間: 計		時間、その他の実務時間: 計	時間

#### Ⅳ スーパーバイザー歴

(スーパーバイザーとして 50 時間以上。実務歴を証明するご所属の書類を添付。)

実施年月	概要 およびスーパーバイザー名	時間
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
計		時間

#### Ⅴ スーパーバイザー歴 (スーパーバイザー経験があることが望ましい。)

実施年月	概要	時間
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

#### Ⅵ 面接記録 (下記要領でご提出下さい)

- ・カウンセラーとしての支援のあり方が具体的に分かるような記録 (A4 版で数枚以内)
- ・逐語記録でご提出の場合は 30 分以上の対話の記録 (音声データの提出は不要)。

※いずれも、個人が特定されない記述内容を心がけて下さい。記述の仕方が分からない場合は学会事務局にその旨ご連絡下さい。

以上