

「子どもの精神分析的心理療法スーパーバイザー(コンサルタントセラピスト)」資格申請書

西暦

____年 ____月 ____日

認定NPO法人 子どもの心理療法支援会 御中

氏名(自署) _____ (印)

私は、認定NPO法人子どもの心理療法支援会による「子どもの精神分析的心理療法スーパーバイザー(コンサルタントセラピスト)」の資格認定を志願し、所定の書類および審査料を添えて申請します。
尚、本申請書ならびに提出する書類の記載事項は、事実と相違ないことを誓います。

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	西暦	年 月 日 ()歳		
所属				
住所	〒			
連絡先	電話			
	E-mail			
職務内容	臨床心理士(登録番号: ()) ・ 医師(専門 ())			
	その他(())			
最終学歴	年 月			卒業 修了
基準資格	・子どもの心理療法支援会認定「子どもの精神分析的心理療法士」(No. _____) ・その他の資格 (())			
「子どもの精神分析的 心理療法士」審査時の 事例の特徴	<input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 潜伏期 <input type="checkbox"/> 思春期青年期 <input type="checkbox"/> 虐待・不適切養育 <input type="checkbox"/> 発達障害		※審査時に提出した事例に当てはまるもの すべてにチェックを入れてください。	
	今回の事例1	<input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 潜伏期 <input type="checkbox"/> 思春期青年期 <input type="checkbox"/> 虐待・不適切養育 <input type="checkbox"/> 発達障害		<input type="checkbox"/> 査読あり論文 <input type="checkbox"/> 査読なし論文 <input type="checkbox"/> ケースレポート(10000字程度)
今回の事例2	<input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 潜伏期 <input type="checkbox"/> 思春期青年期 <input type="checkbox"/> 虐待・不適切養育 <input type="checkbox"/> 発達障害		<input type="checkbox"/> 査読あり論文 <input type="checkbox"/> 査読なし論文 <input type="checkbox"/> ケースレポート(10000字程度)	
今回の事例3	<input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 潜伏期 <input type="checkbox"/> 思春期青年期 <input type="checkbox"/> 虐待・不適切養育 <input type="checkbox"/> 発達障害		<input type="checkbox"/> 査読あり論文 <input type="checkbox"/> 査読なし論文 <input type="checkbox"/> ケースレポート(10000字程度)	
「子どもの精神分析的 心理療法士」資格取 得後の 学会発表 ・論文	発表学会・掲載雑誌	発表年	タイトル	
備考				

スーパーバイザー資格取得要件報告書

(1) 事例経験

事例 1

治療期間	年 月 ~ 年 月 (備考:)		
開始時年齢	歳 ヶ月 (学年:)	性別	男 ・ 女
治療頻度	回/週 (備考:)		
事例概要			

事例 2

治療期間	年 月 ~ 年 月 (備考:)		
開始時年齢	歳 ヶ月 (学年:)	性別	男 ・ 女
治療頻度	回/週 (備考:)		
事例概要			

※3事例以上を報告する必要がある場合は、この用紙を複写して使用すること

(2) 個人分析・心理療法

期間	年 月 ~ 年 月
頻度	回/週 (備考:)
分析家氏名	

※週2回以上のセラピーを、同一のセラピストから3年以上受けることが必要

スーパーバイズ経験報告書

スーパーバイザー1

バイザーの年齢	歳	バイザーの性別	男・女
バイザーの属性	・サポチルの専門会員 ・サポチルのボランティア会員 ・日本精神分析学会員		
スーパービジョンの期間	年 月 ～ 年 月 (備考:)		
スーパービジョンの頻度	回/週 (備考:)		
スーパービジョンをしていたケースの概要			

スーパーバイザー2

バイザーの年齢	歳	バイザーの性別	男・女
バイザーの属性	・サポチルの専門会員 ・サポチルのボランティア会員 ・日本精神分析学会員		
スーパービジョンの期間	年 月 ～ 年 月 (備考:)		
スーパービジョンの頻度	回/週 (備考:)		
スーパービジョンをしていたケースの概要			

スーパーバイザー3

バイザーの年齢	歳	バイザーの性別	男・女
バイザーの属性	・サポチルの専門会員 ・サポチルのボランティア会員 ・日本精神分析学会員		
スーパービジョンの期間	年 月 ～ 年 月 (備考:)		
スーパービジョンの頻度	回/週 (備考:)		
スーパービジョンをしていたケースの概要			

スーパーバイザー4

バイザーの年齢	歳	バイザーの性別	男・女
バイザーの属性	・サポチルの専門会員 ・サポチルのボランティア会員 ・日本精神分析学会員		
スーパービジョンの期間	年 月 ～ 年 月 (備考:)		
スーパービジョンの頻度	回/週 (備考:)		
スーパービジョンをしていたケースの概要			

※これは必須要件ではなく審査の参考に尋ねるものです。ない場合は無しと記入し、ご提出ください。
 ケースの概要は、主な検討ケースの年齢、性別、治療構造、病態などを簡単に記述してください。

ケース・マネージメント経験報告書

ケース・マネージメント経験1

ケース・マネージメントの種類	<input type="checkbox"/> アセスメントミーティング <input type="checkbox"/> グループスーパービジョン <input type="checkbox"/> その他(
ケース・マネージメントでの役割	
ケース・マネージメントが行われた相談機関・訓練機関	
ケース・マネージメント関係者	・サポチル資格取得者 ・訓練コース訓練生 ・サポチル専門会員 ・精神分析学会会員 ・臨床心理士 (参加者の属性にすべて○を付けてください)
ケース・マネージメントの期間	年 月 ~ 年 月 (備考:)

ケース・マネージメント経験2

ケース・マネージメントの種類	<input type="checkbox"/> アセスメントミーティング <input type="checkbox"/> グループスーパービジョン <input type="checkbox"/> その他(
ケース・マネージメントでの役割	
ケース・マネージメントが行われた相談機関・訓練機関	
ケース・マネージメント関係者	・サポチル資格取得者 ・訓練コース訓練生 ・サポチル専門会員 ・精神分析学会会員 ・臨床心理士 (参加者の属性にすべて○を付けてください)
ケース・マネージメントの期間	年 月 ~ 年 月 (備考:)

ケース・マネージメント経験3

ケース・マネージメントの種類	<input type="checkbox"/> アセスメントミーティング <input type="checkbox"/> グループスーパービジョン <input type="checkbox"/> その他(
ケース・マネージメントでの役割	
ケース・マネージメントが行われた相談機関・訓練機関	
ケース・マネージメント関係者	・サポチル資格取得者 ・訓練コース訓練生 ・サポチル専門会員 ・精神分析学会会員 ・臨床心理士 (参加者の属性にすべて○を付けてください)
ケース・マネージメントの期間	年 月 ~ 年 月 (備考:)

「子どもの精神分析的心理療法スーパーバイザー」資格申請の必要書類確認書

番号	内容	チェック
①	資格申請書(様式1)	
②	スーパーバイザー資格取得要件報告書(様式2)	
③	スーパーバイズ経験報告書(様式3)	
④	1例の事例論文のコピー、もしくはケースレポート(10,000字程度)	
⑤	本NPO以外の資格で基準資格を満たそうとする場合は、その資格の取得を確認できる書類	
⑥	宛名に自身の住所氏名を明記した官製はがき	

審査料振込控への写し貼付欄

