

「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

_____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		
氏名				男・女		
生年月日	昭和・平成	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)			
	<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)			
	<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)			
	<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 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 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。

「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	資格申請のための必要書類【様式4】	
⑤	ケースマネジメント経験報告書【様式5】	
⑥	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)	
⑦	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	

審査料振込控への写し貼付欄

--

ケースマネジメント経験報告書

1) サポチル委託機関でのアセスメント・ミーティング経験

委託機関名	
参加機関	年 月 ~ 年 月 (備考:)
頻度	回/週 (備考:)

2) その他のケース会議経験

機関名	
参加機関	年 月 ~ 年 月 (備考:)
頻度	回/週 (備考:)
会議での役割	
会議の内容(ケース検討、インテーク会議等)	