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 | □ 臨床心理士 　　（認定番号）  □ 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） |

＊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 | □ 臨床心理士 　　 （認定番号）  □ 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） |

＊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 | □ 認定動作士 （認定番号 　　　　取得年月日 　　　　　　）  □ 臨床動作士 （認定番号 　　　　取得年月日　　　　　　 ） |

＊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： |
| 関連資格 | □ 認定動作士 （認定番号 　　　　取得年月日 　　　　　　）  □ 臨床動作士 （認定番号 　　　　取得年月日　　　　　　 ） |

＊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： |
| 関連資格 | □ 認定動作士 （認定番号 　　　　取得年月日 　　　　　　）  □ 臨床動作士 （認定番号 　　　　取得年月日　　　　　　 ） |

＊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 印

写真

ローマ字

生年月日 　　１９　 年 　 月 　日

現住所

　　　　　　〒

現所属

（所在地）　〒

大学入学以降の学歴、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

（控え用）

　　　　　　　　　資格認定審査受付票

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

あなたの資格審査にかかる申請書類を受け付けましたので、下記により

「資格審査受付票」を発行します。

受付番号：

日本臨床動作学会資格認定委員会 印

（発行用）

　　　　　　　　　資格認定審査受付票

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

あなたの資格審査にかかる申請書類を受け付けましたので、下記により

「資格審査受付票」を発行します。

受付番号：

日本臨床動作学会資格認定委員会 印

書式Ａ－８ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

（控え用）

　　　　　　　　　資格更新審査受付票

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

あなたの資格更新にかかる申請書類を受け付けましたので、下記により

「資格更新受付票」を発行します。

受付番号：

日本臨床動作学会資格認定委員会 印

（発行用）

　　　　　　　　　資格更新審査受付票

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

あなたの資格更新にかかる申請書類を受け付けましたので、下記により

「資格更新受付票」を発行します。

受付番号：

日本臨床動作学会資格認定委員会 印