

ヘルスカウンセリング学会公認資格申請書

今回登録を申請する資格名 ()

記入日: 20 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		年齢	才
出生地	都道府県 市町村	生年月日	西暦 年 月 日
現住所	〒		
電話		携帯電話	
メールアドレス	※添付ファイルの送受信が可能なメールアドレスをご記入ください		
職種			
保有するSAT資格			
該当資格に○をつけて下さい		資格番号	更新年月
<input type="checkbox"/>	傾聴支援士		年 月
<input type="checkbox"/>	健康行動変容支援士・行動変容支援士		年 月
<input type="checkbox"/>	初級ヘルスカウンセラー		年 月
<input type="checkbox"/>	中級ヘルスカウンセラー		年 月
<input type="checkbox"/>	上級ヘルスカウンセラー		年 月
<input type="checkbox"/>	特級ヘルスカウンセラー		年 月
<input type="checkbox"/>	グループカウンセラー		年 月
<input type="checkbox"/>	ソーシャルスキルトレーナー		年 月
<input type="checkbox"/>	グループヘルスカウンセラー		年 月
過去3年間の主な研修(資格則第5条の研修参加の証明は本項に代える)			
参加した年月	研修名	講師名	参加した立場
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
主要な実践事例の発表			
年 月	題 名	発表した書名、雑誌名	
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
ヘルスカウンセリングを今後どのように生かしたいか(抱負・希望)			

※事務局使用欄

予備審査残金・登録料お振込み日 : 年 月 日