

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	年齢	満	歳
氏名		生年月日	西暦	年	月	日
出生地	都道府県	市町村	職種			
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(ドメインがdocomo.ne.jpのアドレスは不可)					

保有する専門資格

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
<input type="checkbox"/>	ストレスケア専門士		年 月
<input type="checkbox"/>	公認講師		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

年会費	み・〒	<input type="text"/>	学科試験結果	<input type="text"/>	予備審査差額	み・〒	<input type="text"/>	不備メール	<input type="text"/>
修了証4コース	<input type="text"/>		気質検定結果	<input type="text"/>	登録料	み・〒	<input type="text"/>	発送	<input type="text"/>