

2020 年度 支部認定カウンセラー選定のための研修 申込書

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名			
登録番号		携帯番号	— —
住所	〒		
連絡先	(メールアドレス)		
◆該当する項目に○をつけてください。			
1. [] 対象者の必須条件①～⑥の要件を満たす方			
2. [] 対象者の必須条件+シニア産業カウンセラー有資格者			
3. [] 対象者の必須条件+シニア受験資格がある方			
資格名称	資格取得年月日(西暦)		
1.産業カウンセラー	年	月	日 取得
2.シニア産業カウンセラー	年	月	日 取得
3.キャリアコンサルタント(標準・国家資格)	年	月	日 取得
	年	月	日 取得
	年	月	日 取得
	年	月	日 取得
	年	月	日 取得
	年	月	日 取得
◆得意なカウンセリングの分野・療法・対象など	◆認定カウンセラーとしての活動可能な条件		
	[] ・一週間前までに分かればいつでも活動可能		
	[] ・約 1 か月前に分かればいつでも活動可能		
	[] ・土曜、日曜、祝日のみ活動可能		
◆職歴(最近のものからご記入ください)			
年 月～	年 月	職場名・所属	

◆産業カウンセラー資格取得後の研鑽活動(最近のものから順にご記入ください)

1.(一社)日本産業カウンセラー協会主催の研修会受講歴

開催年月日 年 月 日～(時間)	講座名称

2.他団体主催のカウンセリングに関する研修会受講歴

開催年月日 年 月 日～(時間)	講座名称または内容	主催団体

◆応募の動機

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

◆自己PR

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
