　各　位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成31年2月

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（一社）日本家族心理学会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　家族心理臨床研修センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　センター長　亀口　憲治

**第１２期家族心理士研修課程二次募集について**

このたびは、家族心理士研修課程資料請求をいただき、ありがとうございます。

受講を希望される方は、同封の「家族心理士研修課程案内」を参照の上、必要書類を提出してください。受講にあたっては、書類・面接審査を行います。

記

**研修課程受講のための提出書類**

・家族心理士研修課程申込書

スーパーヴィジョンはスーパーヴァイザー名、受けた時間数を記載すること

スーパーヴァイザーによる「スーパーヴィジョン証明」を提出すること（可能であれば）

・臨床実績を証明する書類等（現物あるいは鮮明なコピー）

必ず活動機関の証明であること（複数機関の場合は各機関ごとに）

・修士または博士課程修了者は論文要旨のコピーを添付すること

・受講希望理由書（Ａ４用紙で、1000字前後）

・受講審査料振込み用紙（振込み用紙コピー可）

**申し込み方法：**家族心理士研修課程申込書に必要事項を記入の上、必要書類を添えて、

下記宛てに郵送してください。

〒113-0033　文京区本郷２－４０－７ＹＧビル５Ｆ

(一社)日本家族心理学会内

家族心理臨床研修センター　「家族心理士研修課程」

**審査料：**10,000円　　以下の口座へお振込みください

　　　　みずほ銀行　本郷支店

口座番号：普通４０５８０８０　　口座名義：一般社団法人日本家族心理学会

**出願期間：**2019年3月15日必着

**受講について：**書類審査、面接審査を予定しています。

最終結果は郵便にてお知らせします。

**問い合わせ：**

Ｅ-mail：　[kazokushinri-kenshucenter@outlook.jp](mailto:kazokushinri-kenshucenter@outlook.jp)

以上

**家族心理士研修課程案内**

**期間：２０１９**年５月～２０２０年１月

**日程：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ５月 | １２（日） | １０月 | １２（土）・１３(日) |
| ６月 | １５（土）・１６（日） | １１月 | ９（土）・１０（日） |
| ７月 | １３（土） | １２月 | ７（土）８（日） |
| ８月 | （夏季休暇） | １月 | ２６（日） |
| ９月 | １４（土） |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　＊開催日を変更する場合があります

**時間：**１０：００～１９：００（昼食時間、休憩を含む）

**会場：**日本家族心理学会事務局会議室

　　　　　文京区本郷２－４０－７　ＹＧビル５Ｆ

　　　　　（丸の内線・都営大江戸線　本郷三丁目駅より徒歩3分）

**募集人数：**１０名

**受講資格：**（１）大学院修士課程（博士前期課程、専門職課程）において心理臨床に関する基礎知識・技能を修得している者

（２）家族心理士・家族相談士資格認定機構が認定する家族相談士の資格を有し、臨床経験が100時間以上（ＳＶを含む）ある者

（３）上記１，２のいずれかと同等の資格条件を有する者

**受講料：**入学金　3万円　　教材費　2万円

受講料　30万円（2回分割払い可）

＊分割払い：第１期（4月20日までに20万円）、第2期（8月24日までに15万円納付）

＊その他

１．本課程修了後は、家族心理士取得を目指し、「継続研修会」（年5回開催予定）を受講することができます。

　　　　２．本課程修了者には、(一社)家族心理士・家族相談士資格認定機構による「家族心理士補」の資格が、授与されます。

＊連絡先**：**日本家族心理学会内 家族心理臨床研修センター

　E-mail：　[kazokushinri-kenshucenter@outlook.jp](mailto:kazokushinri-kenshucenter@outlook.jp)

（一社）日本家族心理学会家族心理臨床研修センター

**2019年度　家族心理士研修課程申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 写真貼付 | ふりがな |  | 男  ・  女 | 生年月日（　　　　才）  昭　・　平　　年　　月　　日生 |
| 氏　　　名 |  |
| 住所  ＴＥＬ／ＦＡＸ  Ｅ－mailアドレス | 〒　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　（　　　）  ＦＡＸ　　（　　　）  Ｅ－mailアドレス | | |
| 所属機関  （在学名） | 職名  　　　　　　　　ＴＥＬ　　（　　　） | | | |
| 最終学歴 | 年 | | | |
| 研修歴 |  | | | |
| スーパー  ヴィジョン | スーパーヴァィザー名　　　　　　　　　　　　　　　　　時間数 | | | |
| 取得資格 | □　家族相談士（Ｎｏ．　　　　　）　　□　家族心理士（Ｎｏ．　　　　）  □　臨床心理士（Ｎｏ．　　　　　）　　□　その他（　　　　　　　　　） | | | |
| 臨床経験  及び期間 | 所属機関　　　　　　　　　　　　　職分　　　　　　　活動期間（週　　時間） | | | |
| 所属 | □　日本家族心理学会　　　　　　　　□　日本家族カウンセリング協会  □　日本心理臨床学会　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |

**スーパーヴィジョン証明**（一社）日本家族心理学会・家族心理臨床研修センター

家族心理士研修課程提出用

|  |  |
| --- | --- |
| スーパーヴァイジー名 |  |
| 場所（機関名） |  |
| 機関住所 |  |
| 日時および時間数 |  |
| 評価（課題等） |  |

以上相違ないことを証明いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

スーパーヴァイザー　氏　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**臨床実績証明**（一社）日本家族心理学会家族心理臨床研修センター

家族心理士研修課程提出用

|  |  |
| --- | --- |
| 活動者 |  |
| 活動機関名 |  |
| 活動機関住所 |  |
| 活動内容（職種等） |  |
| 活動期間 |  |
| 活動時間  （週○日　△時間等） |  |

以上相違ないことを証明いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属機関）