

スーパーバイザー資格更新について

1) 更新時期

更新の審査は資格取得後から起算して5年後の日本リハビリテーション心理学会総会開催時の資格認定委員会において行われます。また前回更新から5年が経過した場合にも前述した審査が行われます。更新申請者は平成29年10月31日までに所定の書類をそろえて事務局に提出して下さい。本年度の更新該当SVは、以下の表1のようになります。

【表1】

SV 番号	更新時期	資料の対象となる期間	申請締め切り
No.1~176	2017年度	前回更新（資格取得）後から2017年夏まで	29年10月31日
No.236~246	日本リハビリテーション心理学会学術大会（岡山大会）		
No.307~325			
No.385~410			
No.477~495	(29年12月9日)		

2) 更新条件 「更新条件は以下の2領域以上に渡り総計20点以上取得することである」

領域1 認定キャンプ，認定課程，日常業務等

スーパーバイザー，トレーナー，マネージャーとしての参加 5点

領域2 2泊3日以上短期キャンプに

スーパーバイザー・トレーナー・マネージャーとして参加 3点

2泊3日以下の訓練会・研修・講演にスーパーバイザー，講師として参加 1点

領域3 心理リハビリテーションの会又は日本リハビリテーション心理学会への参加

大会参加のみ 2点

大会参加及び発表(司会者，助言者を含む) 3点

日本リハビリテーション心理学会参加のみ 2点

領域4 日本リハビリテーション心理学会及び他学会における研究発表

日本リハビリテーション心理学会での研究発表（司会者，助言者を含む） 3点

他学会における研究発表（臨床動作法に関するもの） 3点

著者・研究論文（原著・資料・事例研究等）

リハビリテーション心理学研究等の認定された雑誌
及び著書（分担執筆を含む） 5点

学校等の公的研究機関紀要，教育委員会論文集

心理リハビリテーション研究会誌 3点

認定キャンプ報告書（原著・資料・事例研究に該当するもの） 3点

3) 更新手続き

資格更新には、下記(1)～(4)が必要となります。

(1)SV 更新申請書 【様式1】

(2)活動の証明書の複写 (下記の表2 証明書欄参照)

(3)活動整理表 (更新条件の内容を参照し、該当領域に記入)【様式3】

(4)申請料 (¥5,000) 振込先は下記の 4)更新料 参照

申請者は、書類に必要事項を記入の上、2017年10月31日までに資格認定委員会事務局まで送付下さい。

なお、20点に満たない場合は、以下を添えて送付してください。

(5)地域SV有資格者からの推薦状 【様式3】

【表2】

領域	内容	証明書
領域1	参加キャンプの開催年、名称、役割を記入	臨床研修修了証明書のコピーまたは、日常業務についてそれに関わるスーパーバイザー1名の推薦文を添付
領域2	参加キャンプの開催年、名称、役割を記入	臨床研修修了証明書のコピーまたは、訓練会・研修・講演についてそれに関わるスーパーバイザー1名の推薦文を添付
領域3	参加した大会、学会の開催地を記入	領収書のコピーなど参加が証明できるもの
領域4	・参加した学会の開催地や学会名、研究内容を記入 ・キャンプ報告書について該当するキャンプの開催年、名称を記入	・参加が証明できるもの ・掲載された雑誌の表紙コピー (目次が掲載されている頁)

※領域4における「認定キャンプ報告書」はフェニックスに掲載されるキャンプ報告書とは異なります。

4) 更新料

資格更新の申請料は¥5,000となっております。以下の振込先にお振込みください。

振込先 郵便振替 01720-3-49031

加入者名 心理リハビリテーション資格認定委員会事務局

※通信欄に「スーパーバイザー資格更新申請料として」とご記載ください

※振込手数料は、申請者の自己負担となります

○活動整理表の記入の仕方

証明書の確認作業上の間違いを防ぐため、以下の手続きを行ってください。活動整理表の記載欄の左横に通し番号を付け、その活動と対応する「証明書」の用紙の左上に同じ通し番号を付けてください。証明書は通し番号順に並べ、活動整理表と一緒に封筒に入れてください。

(例)

スーパ-バイザー資格更新申請 整理票

所属 認定施設

	期間	施設略称	役割	備考	ポイント
1	H8.8.4~H8.8.10	○△キャン7°	SV (トレーナー) マネージャー		⑤
2	H9.3.28~H9.4.	□×キャン7°			

通し番号を
つけて下さい

証明書

THE JAPANESE ASSOCIATION OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

Syuzo University, Faculty of Education
A-19-1 Hoshinai, Higashi-ku, Fukuoka, 817-01, Japan.

臨床研修終了証明書 (CERTIFICATE)

氏名 (Name) : やすらぎ 太郎
 生年月日 (Date of birth) : S45. 11. 30
 所属 (Status) : 九州大学
 国籍 (Nationality) : 日本

上記の者は心理リハビリテーション実施認定委員会の基準に
基づき研修を受けたことを証明します。

1. キャンプ名 : ○△キャン7°
 2. 開催期間 : H8.8.4日 - 8.10日
 3. 開催場所 : ○△街
 4. キャンプでの役割
 トレーナー マネージャー スーパーバイザー

スーパーバイザー (Supervisor) :
 氏名 (Name) : _____
 所属 (Status) : _____
 国籍 (Nationality) : _____

This is to certify that above person have completed the
workshop camp authorized by the Japanese Association of
Psychological Rehabilitation.

Workshop Camp Details

1. Camp Name : _____
 2. Period : From _____ to _____
 3. Place : _____
 4. Role : _____
 Trainer Manager Supervisor

THE JAPANESE ASSOCIATION OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION
 President
 Masaki Naruse, Ph. D.