

THE JAPANESE ASSOCIATION REHABILITATION PSYCHOLOGY

臨床研修修了証明書 (CERTIFICATE)

研修者氏名 (Name) : _____
 生年月日 (Date of birth) : _____
 所 属 (Status) : _____
 国 籍 (Nationality) : _____

上記の者は日本リハビリテーション心理学会資格認定委員会の基準にもとづく研修を受けたことを証明致します。

1. キャンプ名 : _____
 2. 研修期間 : _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日
 3. 研修場所 : _____
 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

This is to certify that above person has completed the Workshop camp authorized by the Japanese Association of Rehabilitation Psychology.

Workshop Camp Details

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

スーパーバイザー (Supervisor)

氏名 (Name) : _____
 所属 (Status) : _____
 国籍 (Nationality) : _____

THE JAPANESE ASSOCIATION REHABILITATION PSYCHOLOGY

President



成瀬 悟策 Gosaku Naruse, Ph. D.

Graduate School of Human Environment Studies, Kyushu University
 6-19-1 Hakozaki, Higashiku, Fukuoka, 812-8581, Japan