別記様式 10

心理リハビリテイション臨床研修終了報告書

平成　　年　　月　　日

日本リハビリテイション心理学会
資格認定委員会委員長　殿

申　請　者
氏　名　　㊞

所　属

心理リハビリテイション資格認定委員会の基準に基づく，認定キャンプ，認定課程又は地域認定が終了し，下記の者が研修したことを報告いたします。

記

1. 認定キャンプ･認定課程
地域認定 名称

2. キャンプの種類　　6 泊 7 日　・　5 泊 6 日　・　3 泊 4 日　・　2 泊 3 日
（相当するキャンプを〇で囲む）

3. 研 修 期 間　　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日

4. 研 修 場 所

氏　　名	所　　属	役　　割	備　　考