

トレーナー資格推薦書

年 月 日

日本リハビリテーション心理学会
資格認定委員会委員長 殿

推薦スーパーバイザー

氏名

印

所属

下記の者について、所定の研修を修了したことを証明するとともに、トレーナーに推薦いたします。

ふりがな
研修者氏名
現住所 〒 TEL
所属 TEL
所在地

研修内容

期間（西暦を記入）	キャンプ名	ポイント	スーパーバイザー名	備考
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
年 月 日～ 年 月 日（泊 日）		P		
合計		P		

※複数のスーパーバイザーの指導を受けた場合、または、スーパーバイザー研修者（有資格でない者）から指導を受けた場合には、全てのスーパーバイザーまたはキャンプ長（有資格者）の名称を備考欄に記載すること。

※臨床研修終了証明書のコピーを添付すること。

※キャンプ参加ポイントについては、学会ホームページ内、心理リハビリテーション資格認定委員会内規を参照のこと。

Committee of Licensing Authority
The Japanese Association of Psychological Rehabilitation

Recommendation Form for the Authorized Trainer

I certify that the following person has completed the fixed training programs of psychological rehabilitation and therefore she/he is qualified as an authorized Supervisor of Psychological Rehabilitation candidate under the provisions and agreement of the committee of licensing authority, The Japanese Association of Psychological Rehabilitation.

Supervisor's Name: _____ Supervisor's Affiliation: _____

Signature: _____ Date: _____ / _____ / _____

Recommendee's

Family Name Middle Name Given Name Date of Birth
_____ / _____ / _____

Present address of residence	
Tel. + ()	e-mail: _____
Present work place address	
Tel. + ()	e-mail: _____

Details of Previous Psychological Rehabilitation Camp attended:

Camp Name & Place	Period		Supervisor's Name	Remarks
	From	To		

Note:

- 1) If the recommendees are instructed by some supervisors, fill in all the supervisors' name in Remarks.
- 2) If the recommendees are instructed by a person without the authorized qualification, write down the supervisor's name with the authorized qualification who participates the camp in Remarks.