ヘルスカウンセリング学会公認資格申請書

資格名（　　）

ふりがな			
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日	年齢　　歳	性別　男・女
出生地			
住　　所	〒		
連絡先　〒 メール アドレス			
職種		免許	

SAT 資格

	これまでの保有する SAT 専門資格に○印	資格番号	公認年月
	傾聴支援士		年　月
	健康行動変容支援士		年　月
	グループカウンセラー		年　月
	ソーシャルスキルトレーナー		年　月
	心理カウンセラー		年　月
	ヘルスカウンセラー		年　月
	グループヘルスカウンセラー		年　月
	イメージ療法士		年　月

過去 5 年間の主な研修（セミナー、講演会なのＳＶ・講師経験を含む）

参加した年月	研修名	講師名	参加した立場
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

略　歴（最終学歴以降）

・
・
・
・
・

ヘルスカウンセリング・ＳＡＴ療法に関する主要な実践事例の報告

年　月	題　名	発表した書名、雑誌名
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

学会公認資格を今後どのように生かしたいか、その抱負・希望