

地域認定臨床研修修了証明書

年 月 日

氏名

所属

上記の者は、日本臨床心理劇学会資格認定委員会の認定を受けた本研修会において、以下の研修を受けたことを証明いたします。

研修会名	
研修日時	

参加セッション数		_____ セッション	
監督体験 (指導有*)	_____ 回	主役体験	_____ 回
レクチャー (指定教材)	有・無	補助自我体験	_____ 回
		観客体験	_____ 回

監督体験をした際の指導者(心理劇認定指導士あるいは心理劇臨床指導士)

監督体験	*監督体験をした際の指導者名
1	
2	
3	
4	
5	

研修会責任者氏名

