

(一社) 日本家族心理学会
家族心理臨床研修センター
センター長 亀口 憲治

第 1 2 期家族心理士研修課程二次募集について

このたびは、家族心理士研修課程資料請求をいただき、ありがとうございます。
受講を希望される方は、同封の「家族心理士研修課程案内」を参照の上、必要書類を提出してください。受講にあたっては、書類・面接審査を行います。

記

研修課程受講のための提出書類

- ・ 家族心理士研修課程申込書
スーパーヴィジョンはスーパーヴァイザー名、受けた時間数を記載すること
スーパーヴァイザーによる「スーパーヴィジョン証明」を提出すること（可能であれば）
- ・ 臨床実績を証明する書類等（現物あるいは鮮明なコピー）
必ず活動機関の証明であること（複数機関の場合は各機関ごとに）
- ・ 修士または博士課程修了者は論文要旨のコピーを添付すること
- ・ 受講希望理由書（A 4 用紙で、1000 字前後）
- ・ 受講審査料振込み用紙（振込み用紙コピー可）

申し込み方法：家族心理士研修課程申込書に必要事項を記入の上、必要書類を添えて、
下記宛てに郵送してください。

〒113-0033 文京区本郷2-40-7 YGビル5F

(一社) 日本家族心理学会内

家族心理臨床研修センター 「家族心理士研修課程」

審査料：10,000 円 以下の口座へお振込みください

みずほ銀行 本郷支店

口座番号：普通 4 0 5 8 0 8 0 口座名義：一般社団法人日本家族心理学会

出願期間：2019 年 3 月 15 日必着

受講について：書類審査、面接審査を予定しています。
最終結果は郵便にてお知らせします。

問い合わせ：

E-mail：kazokushinri-kenshucenter@outlook.jp

以上

家族心理士研修課程案内

期 間：2019年5月～2020年1月

日 程：

5月	12（日）	10月	12（土）・13（日）
6月	15（土）・16（日）	11月	9（土）・10（日）
7月	13（土）	12月	7（土）8（日）
8月	（夏季休暇）	1月	26（日）
9月	14（土）		

*開催日を変更する場合があります

時 間：10：00～19：00（昼食時間、休憩を含む）

会 場：日本家族心理学会事務局会議室

文京区本郷2-40-7 YGビル5F

（丸の内線・都営大江戸線 本郷三丁目駅より徒歩3分）

募集人数：10名

- 受講資格：（1）大学院修士課程（博士前期課程、専門職課程）において心理臨床に関する基礎知識・技能を修得している者
（2）家族心理士・家族相談士資格認定機構が認定する家族相談士の資格を有し、臨床経験が100時間以上（SVを含む）ある者
（3）上記1，2のいずれかと同等の資格条件を有する者

受講料：入学金 3万円 教材費 2万円

受講料 30万円（2回分割払い可）

*分割払い：第1期（4月20日までに20万円）、第2期（8月24日までに15万円納付）

*その他

1. 本課程修了後は、家族心理士取得を目指し、「継続研修会」（年5回開催予定）を受講することができます。
2. 本課程修了者には、（一社）家族心理士・家族相談士資格認定機構による「家族心理士補」の資格が、授与されます。

*連絡先：日本家族心理学会内 家族心理臨床研修センター

E-mail：kazokushinri-kenshucenter@outlook.jp

(一社) 日本家族心理学会家族心理臨床研修センター

2019 年度 家族心理士研修課程申込書

写真貼付	ふりがな		男 ・ 女	生年月日 (才)	
	氏 名			昭 ・ 平 年 月 日	生
	住所 TEL/FAX E-mail アドレス	〒 E-mail アドレス		TEL () FAX ()	
所属機関 (在学名)			職名 TEL ()		
最終学歴	年				
研修歴					
スーパー ヴィジョン	スーパーヴィザー名		時間数		
取得資格	<input type="checkbox"/> 家族相談士 (No.)		<input type="checkbox"/> 家族心理士 (No.)		
	<input type="checkbox"/> 臨床心理士 (No.)		<input type="checkbox"/> その他 ()		
臨床経験 及び期間	所属機関	職分	活動期間 (週 時間)		
所属	<input type="checkbox"/> 日本家族心理学会		<input type="checkbox"/> 日本家族カウンセリング協会		
	<input type="checkbox"/> 日本心理臨床学会		<input type="checkbox"/> その他		
	()		()		

スーパーヴィジョン証明 (一社) 日本家族心理学会・家族心理臨床研修センター

家族心理士研修課程提出用

スーパーヴァイザー名	
場所 (機関名)	
機関住所	
日時および時間数	
評価 (課題等)	

以上相違ないことを証明いたします。

年 月 日

スーパーヴァイザー 氏 名 :

印

臨床実績証明

(一社) 日本家族心理学会家族心理臨床研修センター

家族心理士研修課程提出用

活動者	
活動機関名	
活動機関住所	
活動内容 (職種等)	
活動期間	
活動時間 (週○日 △時間等)	

以上相違ないことを証明いたします。

年 月 日

印

(所属機関)