**一般社団法人　日本クリエイティブ・アーツセラピー学会**

**クリニカル会員　入会申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 興味のある  モダリティ  （複数回答可） | □アートセラピー　　　　　　　□ミュージックセラピー  □ダンス/ムーブメントセラピー □ドラマセラピー  □表現アーツセラピー　　　　　□その他 |

申込書記入日　　　　年　　月　　日 会員番号 （事務局使用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  |
| 氏名 | （姓） | （名） |
| ローマ字 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 郵便物送付先 | 〒 |
| 電話 | （自宅・携帯・勤務先） |
| Email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属先 | 勤務先/学校名: |
| 職名/学部: |

|  |  |
| --- | --- |
| 最終学歴 | 学校名: 　（　　　年卒業） |
| 学部・専攻名: |
| 種類: 　□学士　□修士　□博士　□その他（　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| CATに関する  トレーニング歴  (あれば） | 学校名: |
| プログラム名: |
| 種類: 　□学士　□ディプロマ　□修士　□博士　□その他（　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 保有資格  （精神科医、臨床心理士、看護師、  精神保健福祉士、などあれば） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主な臨床現場 （複数選択可） | □児童相談所婦人相談所等の福祉相談機関、障害児者入所通所施設等  □病院クリニック等の医療機関  □少年鑑別所少年院刑務所等の矯正保護機関  □家庭裁判所等の司法関係機関  □学校、大学他、教育相談機関  □企業等に設置された心理相談部門  □その他これに準ずる機関及び施設 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主な臨床経験 | ①勤務先: | 職名: |
| 職務内容： | |
| 勤務年数　　　　年　　ヶ月 | 合計従事時間（　　　　　　　）時間  例：96時間(1ヶ月) ×12ヶ月=1152時間 |
| ②勤務先: | 職名: |
| 職務内容： | |
| 勤務年数　　　　年　　ヶ月 | 合計従事時間（　　　　　　　）時間 |
| ③勤務先： | 職名: |
| 職務内容： | |
| 勤務年数　　　　年　　ヶ月 | 合計従事時間（　　　　　　　）時間 |
| その他の勤務先との臨床時間を合わせた、合計臨床時間数（　　　　　　）時間 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名： | JCATA会員番号： |
| 入会希望者との関係：　□指導教授・講師　　□現・元スーパーバイザー　　□同僚  □その他（　　　　） | |

(2017.9.21)

推薦状のコピーを提出してください。

※推薦者はクリニカル会員1名を記入する。

※推薦者にお心当たりがない場合は入会申込窓口（[apply@jcata.org](mailto:apply@jcata.org))までご相談ください。

申込書を記入後、推薦状のコピーを添えて、apply@jcata.orgまで送付してください。

お申込み内容を確認の上、ご返答させていただきます。

