**2024年度ガイダンスカウンセラー資格認定試験Ⅲ願書**

写真糊付位置

50ﾐﾘ×40ﾐﾘ程度。

写真の裏面に名前を

記人しておくこと。

一般社団法人日本スクールカウンセリング推進協議会理事長殿

　私は，ガイダンスカウンセラーの趣意に賛同し貴協議会の

認定するガイダンスカウンセラーの資格認定試験Ⅲに受験を

希望したいので，所定の書類を添えて申し込みます。

記入年月日　2024年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな　 | 生年月日(西暦で)　　　　　年　　　月　　　日　　　歳 |
| 名前(自署) |
| ローマ字表記(姓) | (名) |
| 現住所　　〒　　　－ |
| TEL　　　　　　　(　　　　　) | 携帯　　　　　　　(　　　　　) |
| 現在(元)の勤務先 | 職名(役職名) |
| 勤務先所在地　　〒　　　－ |
| TEL　　　　　　　(　　　　　) | FAX　　　　　　　(　　　　　) |
| E-mail(携帯用不可)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(自宅・職場　どちらかに○) |
| 学歴　　　　　大学　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部　　　　　　　 　 学科 卒業　　　　　　　大学大学院修士 (博士前期/専門職学位) 課程　　　　　 研究科　　　　　　　　　　専攻　修了/見込み　　※専修・分野・プログラム名などがある場合はお書きください（　　　　　　　　　　　　　）専修/分野/プログラム　　　　　　 大学大学院博士(博士後期課程)課程　　　　　　　　　研究科　　　　 専攻　修了/単位取得満期退学/中退 |
| 公認心理師 | 登録年月日（西暦で）　　　　年　　　月　　　日 | 登録番号　　第　　　　　　　　　号 |
| 教育職員免許　　　主なものを書き出してください |
| 教育職員免許の種類 | 免許状番号 | 授与年月(西暦で) | 授与権者 |
|  |  | 　　　年　　月 |  |
| 以下の資格をお持ちの方は☑ をつけてください　　　※複数の資格を持っている場合は，□をすべて☑ してください |
| 資格名 | 認定番号等 | 取得年月日(西暦で) |
| □学校カウンセラー |  | 年　　　　月 |
| □学校心理士 |  | 年　　　　月 |
| □キヤリア・カウンセラー |  | 年　　　　月 |
| □教育カウンセラー（上級・中級・初級） |  | 年　　　　月 |
| □カウンセリング心理士 |  | 年　　　　月 |
| □臨床発達心理士 |  | 年　　　　月 |
| □臨床心理士(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  | 年　　　　月 |