書式B2　（大学教員類型・学校管理職類型・公認心理師類型以外の類型が使用）

＊受付番号

**スーパーバイザーの意見書（親展）**

年　　月　　日

（西暦で記入してください）

一般社団法人 学校心理士認定運営機構

　　　　　　　　　　 理　事　長　殿

**＊大学院の授業（実習など）の一環として行われた実践も可とします。**

**＊記載者により厳封してください。**

氏　名

上記の者が貴機構「学校心理士」の資格認定申請をするにあたり、所見は下記のとおりです。

尚、本ケースは、　　　年　　月 ～　　　年　　月に行われたものであると確認しております。

１．スーパービジョンの経過

２．ケースレポートで扱われた事例についての所見

３．学校心理士の業務を遂行することに関する所見

　　　　　　　　　　　　　　　　　記載者

職　名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格名

　　　　　　　　　　　　　　　（資格登録番号）

　＊資格の有無は問いませんが，学校心理学に関連する資格を有する場合は，資格名・登録番号をご記載ください。