書式C1　（学校管理職類型・公認心理師類型以外の類型が使用）

勤務先が複数にわたる場合は、コピーをして使ってください。

＊受付番号

**学校心理学に関する専門的実務経験の実績および証明書**

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

申請者氏名

所属（実践当時）

職名（実践当時）

１．学校心理学に関する実務を行った期間：**\*類型により証明が必要な期間が異なります。週2日（大学院類型[学校心理学・公認心理師・教職]の見込みは週１日）の勤務の場合は半分の期間とみなされます。大学院在学中の専門的実務経験の年数については，手引きP.6をご確認ください。**

　　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日まで　（　　　）年（　　　）ヵ月間

２．毎週の日数：毎週（　　　）日

３．対象者の年齢・人数：

４．実施した機関・場所：

５．その内容の概要：（大学教員類型は、授業科目名とその概要）各大学院類型は，実習をあてる場合，授業科目名を記載の上，シラバスを添付。

６．発表したことがあれば論文・レポート題目名、掲載誌名、出版年、巻、号、ページ

　貴機構「学校心理士」資格認定の申請において、上記の申請者の作成した内容は

その通りであることを証明いたします。

機関名

所在地

職　　　名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※実践機関の長の証明印であること。申請者自身の証明印は不可。

※勤務時の長が退職や異動をしている場合は，現在その職にある方に証明をお願いしてください。