NPO 法人サイモントン療法協会　認定継続要件報告書

***オンライン登録ができない方のみ、こちらの用紙を事務局まで Email にて送付してください**

年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■　レギュラープログラムへの参加実績（3年間の認定期間中、フル参加1回以上）

参加年月	プログラム種別	開催地	参加状況（部分参加の場合は参加日を記入）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）
年　月	BP・IP・OP		フル・部分（参加日　）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■　学会発表その他学会活動（学会発表及び学会活動1回以上）

開催日	開催地及び大学	学会名
年　月　日		
研究発表（区分に○印）	参加（区分に○印）	演題
筆頭者 共同研究者	学会長・座長 講演講師 シンポジスト パネリスト	
開催日	開催地及び大学	学会名
年　月　日		
研究発表（区分に○印）	参加（区分に○印）	演題
筆頭者 共同研究者	学会長・座長 講演講師 シンポジスト パネリスト	

■　講演会・ミニセミナー等その他活動

開催日	開催地	行事名・実施機関名等
年　月　日		
（区分に○印）	（区分に○印）	演題・内容等
講演会 ミニセミナー グループワーク その他（　　）	主催者 講演講師 セラピスト サポート	
開催日	開催地	行事名・実施機関名等
年　月　日		
（区分に○印）	（区分に○印）	演題・内容等
講演会 ミニセミナー グループワーク その他（　　）	主催者 講演講師 セラピスト サポート	

■　論文発表等その他活動

論文集など発表内容の記録（コピー可）を提出してください。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■　ケースレポート（事例3件以上）

事例1

年齢	性別	診断等	その他所見	カウンセリング期間
才				年　月　日～ 年　月　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■　ケースレポート（事例3件以上）

事例2

年齢	性別	診断等	その他所見	カウンセリング期間
才				年　月　日～ 年　月　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■　ケースレポート(事例3件以上)

事例3

年齢	性別	診断等	その他所見	カウンセリング期間
才				年　月　日～ 年　月　日