

# フォローアップ開催認定申請書

NO. \_\_\_\_\_ ※

開催日	20 年 月 日 ( )	開催会場		
研 修 内 容	A. スーパーバイザー有の研修 (1時間につき1P)			
	講師名	講師の所属先 (肩書き)		
	内容	募集人数 (予定人数) 名		
	講義時間	: ~ :	迄 → 合計	時間
	B. 各園でのケース会議 (スーパーバイザー有: 1時間で1P スーパーバイザー無: 2時間で1P)			
	スーパーバイザー	有【講師名: _____】・ 無		
	: ~ :	迄 → 合計	時間	
予定獲得フォローアップポイント数	ポイント			

- ◎「A. スーパーバイザー有の研修」の最低参加人数は5名です。  
 ◎参加予定者の名簿を添付してご提出ください。(「B. スーパーバイザーなし」の申請の際保育心理士が1名の場合は本紙のみの提出となります)

申請者		申請者の認定番号	
連絡先			
TEL	- -	FAX	- -

※以下事務局記入

このたび、上記の研修会を認定いたしますのでお届けいたします。

年 月

公益社団法人大谷保育協会  
保育心理士会 印

- ①保育心理士会の印がないものは無効となります。  
 ②※印は事務局記入欄です。  
 ③この認定された研修会の開催要項は事務局へ送付してください。