

(西暦) 年 月 日

## 日本老年精神医学会認定専門心理士実務・教育経歴証明書

(本様式の記載事項はすべて、証明権限を有する施設・団体・機関等側にて記入してください)

## 日本老年精神医学会心理士認定委員会 殿

施設・団体・ 機関等名称	
代 表 者 氏 名	印

次の者が、以下のとおり当施設・団体・機関等において、業務に従事していること、または従事していたことを証明します。

ふりがな		性 別	1. 男 2. 女
氏 名		生 年 月 日	(西暦) 年 月 日
就 業 期 間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 <sup>※1</sup>		
	※1 就業中の場合は、書類作成の年月日を記入してください。		
ふりがな			
施設・団体・ 機関等名称			
施設・団体・ 機関等所在地	〒 ー		
TEL		FAX	
勤 務 内 容 <sup>※2</sup> (職種・職務内容等)	<input type="checkbox"/> 週 3 日 (週 24 時間) 以上勤務している (勤務していた), または高齢者に関する分野の教育に従事している (従事していた). <input type="checkbox"/> 給与等の報酬の支払いを受けている (受けていた). <input type="checkbox"/> 次の職種として業務に従事している (従事していた). ・職種 ( ) ・業務内容 (老年心理学に関する内容) [ ]		

## 【日本老年精神医学会認定専門心理士 受験資格】

施設、団体、機関等において、申請書提出期間の最終日より過去 10 年間に於いて 3 年以上の上記勤務内容 (※2) をすべて満たすことが出来る者。

- (注意) i. 記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印 (訂正印) で訂正してください。修正液等で訂正したものは無効となりますので、注意してください。
- ii. 複数の施設、団体、機関等における就業期間を合わせて 3 年以上の実務経験を証明する場合は、本様式をコピーして使用してください。