**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**ライフコースカウンセラー/心理カウンセラー**

**申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料5,000円を添えて、「ライフコースカウンセラー/心理カウンセラー」の認定を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

1. 研修機関による研修を終了したことを証する修了証の写し
2. 学科試験、実技試験の合格証の写し

　３．顕著な実績を持ち、本協会資格認定機構により資格能力を有していると認められたことを確認できる書類の写し

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**ライフコースサポーター**

**申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料5,000円を添えて、「ライフコースサポーター」の認定を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

1. 研修機関による研修を終了したことを証する修了証の写し
2. 学科試験の合格証の写し

　３．顕著な実績を持ち、本協会資格認定機構により資格能力を有していると認められたことを確認できる書類の写し

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**初級カウンセラー**

**申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料5,000円を添えて、「初級カウンセラー」の認定を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

1. 研修機関による研修を終了したことを証する修了証の写し
2. 学科試験の合格証の写し

　３．顕著な実績を持ち、本協会資格認定機構により資格能力を有していると認められたことを確認できる書類の写し

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**人材教育トレーナー**

**申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料10,000円を添えて、「人材教育トレーナー」の認定を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

　１．一般社団法人マスタリーカウンセリング協会認定心理カウンセラー資格証の写し

　２．研修終了の合格を証明する書類の写し

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**ライフコースコーディネーター**

**申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料30,000円を添えて、「ライフコースコーディネーター」の認定を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

　１．実績を証明する書類

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**ライフコースカウンセラー/心理カウンセラー**

**更新申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料5,000円を添えて、「ライフコースカウンセラー/心理カウンセラー」の更新を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

１．単位取得を証明する書類または活動の実態がわかる書類

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**ライフコースサポーター**

**更新申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料5,000円を添えて、「ライフコースサポーター」の更新を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

　１． 単位取得を証明する書類または活動の実態がわかる書類

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**認定**

**初級カウンセラー**

**更新申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

資格の取得要件を満たすことを証明する書類に登録料5,000円を添えて、「初級カウンセラー」の更新を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　氏名（ローマ字）：

現住所：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

　１． 単位取得を証明する書類または活動の実態がわかる書類

ライフコースサポーター資格更新単位表

氏　　　名：

資格取得日：

資格更新日：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受講日  （　　年　月　日） | 受講内容  （セミナー名、勉強会名） | 単位数 | 受講機関名 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |

取得単位数合計：

提出日：　　　年　　月　　日

**更新条件（更新時には次のいずれかを満たしていること）**

1. 直近の3か月において2時間/週または8時間/月、ライフコースサポーターとして活動していること。
2. 認定研修機関で、更新単位（16単位）を取得していること。

**研修内容（受講内容）について**

ライフコースサポートセミナー（主催　クリオネの家）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2019年度開催 | |  | 2018年度以前開催 | |
| **受講内容** | **単位数** |  | **受講内容** | **単位数** |
| Session　1　ﾗｲﾌｺｰｽｻﾎﾟｰﾄ　1 | ２ |  | ライフコースサポート | ３ |
| Session　2　ﾗｲﾌｺｰｽｻﾎﾟｰﾄ　2 | １ |  | 家族支援 | ３ |
| Session　3　家族支援　1 | ２ |  | コミュニケーション | ４ |
| Session　4　家族支援　2 | １ |  | 自己理解・他者理解 | ５ |
| Session　5　ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　1 | ２ |  | メンタルヘルス | ４ |
| Session　6　ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　2 | ２ |  |  |  |
| Session　7　自己理解・他者理解　1 | ３ |  |  |  |
| Session　8　自己理解・他者理解　2 | ２ |  |  |  |
| Session　9　ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ　1 | ３ |  |  |  |
| Session 10　ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ　2 | １ |  |  |  |

勉強会（主催　クリオネの家）

|  |  |
| --- | --- |
| 受講内容 | 単位数 |
| ﾌﾞﾗｯｼｭｱｯﾌﾟ勉強会 | １ |
| ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝ勉強会 | ２ |

催事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講内容 | 単位数 | 主催 |
| 成田市健康福祉祭り参加（１日当たり） | ２ | 成田市 |
|  |  |  |

心理カウンセラー資格更新単位表

氏　　　名：

資格取得日：

資格更新日：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受講日  （　　年　月　日） | 受講内容  （セミナー名、勉強会名） | 単位数 | 受講機関名 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |  |
| ２６ |  |  |  |  |
| ２７ |  |  |  |  |
| ２８ |  |  |  |  |
| ２９ |  |  |  |  |
| ３０ |  |  |  |  |
| ３１ |  |  |  |  |
| ３２ |  |  |  |  |

取得単位数合計：

提出日：　　　年　　月　　日

**更新条件（更新時には次のいずれかを満たしていること）**

1. 直近の６か月において８時間/週または３０時間/月、心理カウンセラーとして活動していること。
2. 認定研修機関で、更新単位（３２単位）を取得していること。

**研修内容（受講内容）について**

ライフコースサポートセミナー（主催　クリオネの家）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2019年度開催 | |  | 2018年度以前開催 | |
| **受講内容** | **単位数** |  | **受講内容** | **単位数** |
| Session　1　ﾗｲﾌｺｰｽｻﾎﾟｰﾄ　1 | ２ |  | ライフコースサポート | ３ |
| Session　2　ﾗｲﾌｺｰｽｻﾎﾟｰﾄ　2 | １ |  | 家族支援 | ３ |
| Session　3　家族支援　1 | ２ |  | コミュニケーション | ４ |
| Session　4　家族支援　2 | １ |  | 自己理解・他者理解 | ５ |
| Session　5　ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　1 | ２ |  | メンタルヘルス | ４ |
| Session　6　ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　2 | ２ |  |  |  |
| Session　7　自己理解・他者理解　1 | ３ |  |  |  |
| Session　8　自己理解・他者理解　2 | ２ |  |  |  |
| Session　9　ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ　1 | ３ |  |  |  |
| Session 10　ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ　2 | １ |  |  |  |

心理セミナー（主催　クリオネの家）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2019年度開催 | |  | 2018年度以前開催 | |
| 受講内容 | 単位数 |  | 受講内容 | 単位数 |
| step　1 | ３ |  | 第1講 | ５ |
| step　2 | ２ |  | 第2講 | ４ |
| step　3 | ２ |  | 第3講 | ４ |
| step　4 | ２ |  | 第4講 | ４ |
| step 5 | 1 |  | 第5講 | １ |
| step　6 | ２ |  |  |  |
| step　7 | ２ |  |  |  |
| step　8 | ２ |  |  |  |
| step　9 | ２ |  |  |  |
| step 10 | 1 |  |  |  |

勉強会（主催　クリオネの家） 催事

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講内容 | 単位数 |  | 受講内容 | 単位数 | 主催 |
| ﾌﾞﾗｯｼｭｱｯﾌﾟ勉強会 | １ |  | 成田市健康福祉祭り参加  （１日当たり） | ２ | 成田市 |
| ｽｰﾊﾟｰビジョン勉強会 | ２ |  |

**一般社団法人マスタリーカウンセリング協会**

**研修開催機関認定申請書**

一般社団法人マスタリーカウンセリング協会　宛

研修機関としての要件を満たすことを誓約し、研修開催機関としての認定を申請します。

申請日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　日

　　代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　代表者氏名（ローマ字）：

連絡先

　　　住所：

電話：

Mail：

　　―　団体の場合　―

団体名：

団体名（ローマ字）：

連絡先

　　　　住所：

電話：

Mail：

添付書類

（添付する書類）

* + - 1. 団体の場合は団体の要綱または団体の概要がわかるもの

1. 個人の場合は開催趣旨がわかるもの