

受付番号	No.
受付	年 月 日

# 日本認知行動カウンセリング協会 「認知行動療法専門カウンセラー」 資格更新申請書

日本認知行動カウンセリング協会  
理事長 殿

(西暦) 年 月 日

申請者氏名 印

(自筆署名)

日本認知行動カウンセリング協会「認知行動療法専門カウンセラー」の資格を更新いたしたく、所定の書式を添えて申請いたします。

フリガナ			
氏名			
性別	男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日
住所			
資格取得年月		年	月
前回更新年月		年	月

条件 a. 本協会主催セミナー（認知行動療法専門カウンセラー養成コース・会員限定セミナー

・エキスパートセミナー）記録

年	講座テーマ・講師名

氏名 \_\_\_\_\_

条件 b. 専門カウンセラー資格更新のためのフォローアップセミナー参加

年	講座テーマ・講師名

氏名 \_\_\_\_\_

条件 c. 日本認知・行動療法学会, 日本認知療法・認知行動療法学会年次大会参加 (ワークショップのみの参加でも可)

- 1) 条件 c により認知行動療法専門カウンセラーを更新する者は、申請時まで日本認知・行動療法学会、日本認知療法・認知行動療法学会の年次大会に参加を要する。
- 2) 参加記録に記入するとともに、年次大会の大会参加証明書、もしくはワークショップの受講証明書を添付すること。

参加学会 (○で囲む)	開催回	開催期
日本認知・行動療法学会 日本認知療法・認知行動療法学会		年 月 日 ~ 年 月 日
日本認知・行動療法学会 日本認知療法・認知行動療法学会		年 月 日 ~ 年 月 日
ワークショップ 日本認知・行動療法学会 日本認知療法・認知行動療法学会		年 月 日
ワークショップ 日本認知・行動療法学会 日本認知療法・認知行動療法学会		年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_