医療専門公認心理師申請のための
実務経験証明書

一般社団法人　公認心理師の会　理事長　殿

１．申請者		
ふりがな		
氏名		
公認心理師登録	登録番号：	登録年月日：西暦　　年　　月　　日
２．実務経験等		
施設機関の名称		
部署名		
職種		
業務の内容 （当てはまる業務をチェックしてください）	☐ 心理に関する支援を要する者の心理状態を観察し、その結果を分析すること。 ☐ 心理に関する支援を要する者に対し、その心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。 ☐ 心理に関する支援を要する者の関係者に対し、その相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。 ☐ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供を行うこと。	
分野	☐保健医療　☐ 教育　☐ 福祉　☐ 司法犯罪　☐ 産業労働	
勤務形態	☐　常勤　☐　非常勤　☐　その他（　　）	
従事期間	西暦　　年　　月　　日から 西暦　　年　　月　　日まで	計　　年　　か月 （うち休業期間　　年　　か月）
３．証明者 上記の者は、本施設機関において、上記のとおり従事していたことを証明します。		
記入日	西暦　　年　　月　　日	
施設機関名		
所在地	〒＿＿＿＿＿＿	
TEL		
証明者	所属部署：	役職：
	氏名：　　㊞	

＜注意事項＞

1. 本証明書の証明者は、所属長または申請者の業務内容を知る上長として、署名・捺印をしたものをご提出ください。申請者本人が施設期間の代表者である場合には必ず公印を使用してください。
2. 施設機関及び部署が複数となる場合は、本様式を複写して、施設機関及び部署ごとに作成してください。
3. 施設機関の分野については、公認心理師法施行規則第５条第 26 号の規定に基づき文部科学大臣及び厚生労働大臣が認める施設及び同施行規則附則第６条第２号の規定に基づき文部科学大臣及び厚生労働大臣が認める施設並びに公認心理師法施行規則第三条第三項の規定に基づき文部科学大臣及び厚生労働大臣が別に定める施設第 24 号の規定に基づき文部科学大臣及び厚生労働大臣が認める施設に基づいて判断してください。
4. 専門公認心理師となるために必要な従事期間は、分野により異なります。専門公認心理師の規程を確認の上で申請してください。