

NPO法人 日本ケア・カウンセリング協会

ケア・カウンセラー 4級 登録申請書

申請日 20 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		入会年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
FAX番号		勤務先	
E-mail *			

* なるべくご記入ください。事務局からの問い合わせなどに利用させていただきます。

1. 4級登録申請前提条件（下記3項目すべてを満たしていること。）

- 正会員登録後1年を経過していること。 正会員登録日 年 月 日
- 会費の郵便自動振り替えの手続きが完了していること。 手続日 年 月 日
- 基礎課程総計105単位取得(受講年月日および講座名を記入してください)
- (1) 初級講座(15単位) ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日
- (2) 中級講座(15単位) ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日
- (3) 上級講座(15単位) ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日
- (4) 集中ワークショップ(30単位)
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- (5) ワンデイセミナー(30単位)
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]
- 年 月 日 講座名:[] 年 月 日 講座名:[]

2. 自己管理表のコピーを添付の上、本書を事務局まで郵送してください。

注意：4級の更新はありません。2年以内に進級しなければ無効となりますのでご注意ください。