

アドバンテッジ相談センター カウンセラー 応募用紙

(ご記入日： 年 月 日)

①基本情報

お名前	ふりがな 印	男・女	お写真 (縦4cm) (横3cm)
生年月日	T · S · H 年 月 日 満 才		
ご住所 (ご自宅)	ふりがな 〒 -		
ご連絡先 (ご自宅)	TEL - - E-Mail	FAX - -	
ご健康の状態			

②カウンセリング施設(お持ちでない場合は空欄で結構です)

ご住所 (カウンセリング施設)	ふりがな 〒 -			
交通手段	線	駅から (タクシー・バス・徒歩)	分	
ご連絡先 (カウンセリング施設)	TEL - - E-Mail	FAX - - 携帯 - -		
当日の連絡先	TEL・携帯	-	-	
カウンセリングルーム	()部屋	1部屋あたりの広さ 約()畳		

③学歴及び職歴

ご学歴 (高校以上を お書きください)	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
ご職歴 *職務経歴書を お持ちの方は、 添付にて記載 いただいても結構です	①	年 月	～	年 月
	会社名			
	お仕事の内容			
	②	年 月	～	年 月
	会社名			
	お仕事の内容			
③	年 月	～	年 月	
会社名				
お仕事の内容				
④	年 月	～	年 月	
会社名				
お仕事の内容				
⑤	年 月	～	年 月	
会社名				
お仕事の内容				
⑥	年 月	～	年 月	
会社名				
お仕事の内容				

④カウンセリング経験(その1)

お持ちの資格 (○をお付けください)	1. 臨床心理士 2. 精神保健福祉士 3. 産業カウンセラー 4. シニア産業カウンセラー 5. 日本カウンセリング学会 認定カウンセラー 6. 米国 Clinical psychologist 7. 米国 Licensed counselor 8. その他 ()
カウンセラーのご経験	年 _____ ヶ月 (通算) _____
ご実践の分野 (○をお付けください、特にご専門のものには ◎をお付けください)	1. ロジャーズ 2. 精神分析 (学派名に○をお付けください。その他の方は具体的にお書きください) (ユング、フロイト、折衷、その他 _____) 3. 行動療法 (特に _____) 4. 認知行動療法 (特に _____) 5. 自律訓練法 6. 論理療法 7. エンカウンターグループ 8. 実存療法 9. 交流分析 10. ゲシュタルト療法 11. 家族療法 12. 催眠療法 13. 遊戯療法 14. サイコドラマ 15. 箱庭療法 16. 絵画芸術療法 17. 職業カウンセリング 18. 医療カウンセリング 19. 教育カウンセリング 20. 健康心理学 その他 _____
アセスメント方法 (使用している方、また、使用できる方は ○をお付けください)	1. DSM-IV-TR 2. DSM-V 3. ICD-10 4. その他 (_____)

④カウンセリング経験(その2)

ご研修歴	研修内容	担当講師名	受講時期	通算時間数
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	

④カウンセリング経験(その3)

<p>ご所属の学会 (あれば ○をお付けください)</p>	<p>1. 日本心理臨床学会 3. 日本健康心理学会 5. 日本精神分析学会 7. 日本家族心理学会 9. 産業組織心理学会 11. 日本交流分析学会 13. その他()</p> <p>2. 日本カウンセリング学会 4. 日本行動療法学会 6. 日本睡眠医学心理学会 8. 日本臨床心理学会 10. 日本社会心理学会 12. 日本心身医学会</p>
<p>ご経験のある カウンセリングの種類 (○をお付けください)</p>	<p>1. 健康人の方へのカウンセリング(1対1 : 面談形式) a. キャリアカウンセリング b. 職場のストレス問題 c. 職場の対人関係 d. ハラスメント e. 配偶者の問題 f. 子供の問題 g. 浪費などを含む金銭問題 h. その他()</p> <p>2. 病理を対象としたサイコセラピー¹⁾ a. 神経症レベル b. 人格障害レベル c. その他()</p> <p>3. 企業向けメンタルヘルス支援サービス a. 復職支援カウンセリング b. 研修、オリエンテーション c. 企業訪問カウンセリング</p> <p>4. その他()</p>

⑤就業条件

就業時間 (就業可能な時間帯を すべてお教えください)	就業時間(曜日、時間を下記へ表記)							
	午前 (9:00-13:00)	月	火	水	木	金	土	日
	午後 (13:00-18:00)	~	~	~	~	~	~	~
	夜間 (18:00-22:00)	~	~	~	~	~	~	~
長期休暇	1. 5月連休(GW) 通常 日間休み 2. 夏季休暇 通常 日間休み 3. 年末年始 通常 日間休み 4. その他()							
出張カウンセリング (○をお付けください)	1. 可 → 出張可能な範囲() *例)「〇〇市～〇〇市まで対応可」「往復4時間以内まで対応可」等 2. 不可							
電話・メール カウンセリング (○をお付けください)	1. 電話カウンセリング 対応可能 2. メールカウンセリング 対応可能 3. いずれも不可							
他社との契約状況 *差し支えなければ お教えください	1. 契約している → 契約先機関() → 契約期間 年 月より 年間 2. 契約していない							
リファー先機関 (医療機関) *差し支えなければ お教えください	医療機関名 ①() 医療機関名 ②() 医療機関名 ③()							
リファー先機関 (それ以外) *差し支えなければ お教えください	専門機関名 ①() 専門機関名 ②() 専門機関名 ③()							