

新規



認定カード用
写真①
(裏に名前記入)
5 cm × 4 cm

自閉症スペクトラム支援士認定申請書 (I)

(西暦) 年 月 日

日本自閉症スペクトラム学会 会長殿

私は、日本自閉症スペクトラム学会の趣意に賛同し、
貴学会認定の自閉症スペクトラム支援士の資格を取得
したいので所定の書類をそえて申請致します。

写真②
貼付
(裏に名前記入)

5 cm × 4 cm

申請する資格種別 (○をおつけください)

STANDARD ADVANCED EXPERT

会員番号 _____

フリガナ (姓) _____ (名) _____

氏名 (姓) _____ (名) _____

ローマ字 (姓) _____ (名) _____

生年月日 _____ 年 月 日 性別 _____ 男 ・ 女
(西暦)

〒

現住所

電話 _____ Fax _____

※日中連絡が取りやすい番号をお書きください。

Email

*メールアドレスは、下記のような文字の区別がつくようにお書きください。
例) 「1 (イチ)」と「l (エル/小文字) , l (アイ/大文字)」 / 「0 (ゼロ)」と「O (オー/小文字・大文字)」、「6 (ロク)」等

勤務先 _____ 職名 _____

〒

所在地

電話 _____ Fax _____

※登録情報については申請前に必ず会員マイページより更新をお願いいたします。

*「個人情報の取り扱い」に同意し、申請いたします。

自閉症スペクトラム支援士認定申請書（Ⅱ－１）

氏名 _____

Ⅰ 学歴（最終学歴のみ記載） ***全種別必須** STANDARDの方は資料添付不要

年 月	学 校 名	資料 No
年 月	卒業・修了・満期退学・中退	

Ⅱ 学位・免許・資格（※自閉症スペクトラム支援士の資格に関連するもの）

***全種別必須** STANDARDの方は資料添付不要

取得年月	免 許 ・ 資 格 名
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

Ⅲ 資格認定講座受講歴

***全種別必須**

受講年月	受講領域 (明記がなかった場合は無記入)	ポイント数	資料 No
年 月 日	医療・福祉・アセスメント・教育・心理・関連・その他・事例研究会		
年 月 日	医療・福祉・アセスメント・教育・心理・関連・その他・事例研究会		
年 月 日	医療・福祉・アセスメント・教育・心理・関連・その他・事例研究会		
年 月 日	医療・福祉・アセスメント・教育・心理・関連・その他・事例研究会		
年 月 日	医療・福祉・アセスメント・教育・心理・関連・その他・事例研究会		

Ⅳ 研究大会参加歴

***全種別必須**

参加年月	研究大会名称	実施場所	資料 No
年 月 日	第 回 研究大会 第 日目		
年 月 日	第 回 研究大会 第 日目		
年 月 日	第 回 研究大会 第 日目		
年 月 日	第 回 研究大会 第 日目		
年 月 日	第 回 研究大会 第 日目		

自閉症スペクトラム支援士認定申請書（Ⅱ－２）

氏名 _____

V 職歴（または実習歴）／ 実践歴

* 全種別必要

※（STANDARD）過去5年間に於いて資格要件を満たしている1年以上の職歴（または実習歴）

※（ADVANCED／EXPART）取得要件を満たす実践歴

※20日以上は1か月とする

期 間	勤 務 先	役職・担当	資料 No
年 月～ 年 月 (年 ヶ月)			
年 月～ 年 月 (年 ヶ月)			
年 月～ 年 月 (年 ヶ月)			
年 月～ 年 月 (年 ヶ月)			

VI 研究歴（発表、研究紀要への掲載、書籍出版）

* ADVANCED・EXPERTのみ必須

期 日	本学会での発表、研究紀要への掲載、又は書籍出版	資料 No
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

VII 修了試験

* STANDARD申請にのみ必須

受験日	合 否	資料 No
年 月 日	合 格	