

更新用



認定カード用写真②

(裏面に名前・

登録番号を記入)

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
更新したいので所定の書類をそえて申請致します。

現在取得している資格種別 (該当する種別に○をつけてください)

STANDARD **ADVANCED** **EXPERT**

写真① 貼付
(裏面に名前・
登録番号を記入)

5 cm × 4 cm

登録番号 ST/AD/EX

取得年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日

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 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。

自閉症スペクトラム支援士認定申請書（Ⅱ）

氏名 _____

I 職歴（または実習歴）

※過去5年間に於いて資格要件を満たしている1年以上の実践

※添付不用

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)			

II 資格認定講座受講歴・事例研究会参加歴（資格取得日以降、5年間のみ有効）

*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（資格取得日以降、5年間のみ有効）

*全種別必須

参加年月	研究大会名称	ポイント 数	資料 No
年 月 日	第 回 研究大会 (1日目・2日目・両日)		
年 月 日	第 回 研究大会 (1日目・2日目・両日)		
年 月 日	第 回 研究大会 (1日目・2日目・両日)		
年 月 日	第 回 研究大会 (1日目・2日目・両日)		
年 月 日	第 回 研究大会 (1日目・2日目・両日)		