特定非営利活動法人
日本臨床美術協会
Japan Clinical Art Association

協会使用欄

臨床美術士　認定試験申請書

申請級 **2** 級

提出日　　年　　月　　日

会員番号		3 級認定番号	
受験コース	□【Ⅰ】・オリジナル作品 ・臨床美術のオリジナルアートプログラム 1 点 及びその参考作品 2 点 □【Ⅱ】・事例研究論文 ・臨床美術のオリジナルアートプログラム 1 点 及びその参考作品 2 点		
氏　名	フリガナ		
生年月日	年　　月　　日		
現住所	〒　　—		
電話番号（自宅）			
電話番号（携帯電話）			
メールアドレス			
現在の職業（具体的にご記入ください）			
職歴・ボランティア歴（別紙で添付も可）			

＊この申請書により得る個人情報については、これを厳重に管理し、日本臨床美術協会に関わる運営以外に転用致しません。