

Appendix D Record of Training and

Application for Membership

International Society of Sandplay Therapy

付録D 訓練記録およびISST会員申請書

※ ご注意 これは書式の項目名や内容の理解を助けるために日本語訳を記したもので、正式の書式ではありません。申請にはこの日本語訳付きの書式ではなく、＜英語のみの書式＞を使い、アルファベット・英語で記入して下さい。

[Note: This form with Japanese translation is intended to assist your understanding of Appendix D. As your application form, you must use the proper form of Appendix D (without Japanese translation) and all information should be given in English.]

Appendix D has been developed: (1) to document your completion of ISST training requirements, and (2) to serve as the Application for Membership in ISST. An electronic form is available from the ISST Secretary at isst.sandplaysociety@gmail.com.

付録Dは、(1)ISSTの訓練要件の満了を文書記録し、(2)ISSTの会員申請書式として使用していただくために改訂を重ねてきました。電子書式はISST事務局の以下のアドレスから入手可能です。 isst.sandplaysociety@gmail.com

To apply to become a Certified Member of ISST, please complete all sections below. If necessary, you may attach supplemental information to clarify your responses or provide additional information. Please be aware that some items need **Verification Signatures**, specifically supervisors for group and individual supervision, advisor for final case, and ISST Advisor.

ISST認定会員になるための申請には、以下の全項目に記入してください。必要に応じて、申請内容を明確にしたり、付加的な情報を示すための、補完的情報を添付していただいても結構です。いくつかの項目には、**確認の署名**が必要ですのでご注意ください。特に、グループ・スーパーヴィジョンや個人スーパーヴィジョンのスーパーヴァイザー、最終ケースのアドバイザー、ISSTのアドバイザーの署名が必要な箇所があります。

Please be specific and clear. Type or print your responses. When completed, mail your application to: The ISST Secretary, PO Box 705, Godstone, RH19EB, England, **or** you may email your application to the email address above.

記入は具体的かつ明瞭をお願いします。(訳注・署名以外は)手書き文字を用いず、ワープロか印刷字体で記入して下さい。申請書が完成したら、次のアドレスに郵送するか、上記のEメールアドレスに申請書を送信してください。

郵送先アドレス : : The ISST Secretary, PO Box 705, Godstone, RH19EB, England

Name(申請者氏名)

Current Date(記入日付)

Current Occupation (現職名)

Business Address (勤務先住所)

Personal Address (自宅住所)

Phone Numbers (Office)(勤務先電話)

(Home)(自宅電話)

Email (Eメール)

FAX

Date of Birth(生年月日)

Place of Birth(出生地)

Advisor's Name(アドバイザー氏名)

Advisor's Email(アドバイザーEメール)

1. Curriculum Vitae (CV): In the space provided below, please provide information about your educational background, professional training program, licensure (if applicable), work experience in the field, and in-depth inner development and insight (such as may be achieved in experience of personal analysis or other disciplines leading to such development), together with. (If necessary, attach additional pages.)

1. 履歴書(CV) : 以下の欄に学歴、専門訓練プログラム、資格(所有している場合)、この領域での職歴、内的・深層心理的な成長や洞察を得た経験(例えばこうした成長へと導いた個人分析や、他の教育訓練等)に関する情報を記して下さい。

Educational Background (学歴)

College/University 大学	Location 所在地	Date(s) Attended 在籍期間	Major/Subject 専攻/専門	Degree, if applicable 学位(ある場合)

Professional Training Program(s) (if different from above)(専門訓練プログラム～上記以外の場合)

Training Program 訓練プログラム名	Location 所在地	Date(s) Attended 在籍期間	Major/Subject 専攻/専門	Certification, etc. 資格名など

**Classes or Workshops in Psychopathology, Diagnosis, and Psychotherapy
精神病理、診断、心理療法に関する授業またはワークショップ**

Classes or Workshops 授業またはワークショップの名称	University or Program 大学またはプログラム名	Location 所在地	Date(s) Attended 在籍期間	Number of Hours 時間数

**Institutions or Clinics in which you gained your clinical experience.
臨床経験を得た機関またはクリニック**

Name of Personal or Professional Development 個人的・専門的成長 [経験] の名称	Location 所在地	Nature of the Work 業務内容	Number of Hours 時間数

Licensure (if applicable) (資格名)(ある場合)

Name of License 資格名称	State or Country 発行自治体・国	Date Granted 認定年月日	Most Recent Renewal 最終更新日

Evidence of having applied education, training, and/or license therapeutically in relation to others. (対人関係を通して治療的な教育・訓練・資格を得た証拠)

Agency/Organization/Practice/ Educational Institution 機関/組織/プラクティス/教 育機関の名称	Location 所在地	Date(s) 期間	Type of Work ワークの種類

In-depth inner development and insight (such as personal analysis or study of other disciplines leading to such development)

内的・深層心理的な成長や洞察(そうした成長に導いた個人分析もしくは他の学派の学習等)

Type of “Inner Development” (e.g., personal analysis) 内的成長の種類(例： 個人分析)	Location 場所	Date(s) 期間	Number of Hours 時間数	Name of Therapist (if applicable) 治療者名(記入できれ ば)

Additional forms of Personal or Professional Development (if applicable)
個人または専門的成長に関する付加項目(該当する場合)

Type of Personal or Professional Development 個人的または専門的成長の種類	Location 場所	Date(s) 期間	Number of Hours 時間数

2. Sandplay Process. Must be with an ISST member. If possible, a personal process should precede a regular course of training. (If your sandplay process has been undertaken with more than one ISST member, please attach that information using the same format as below.)

2. 箱庭療法のプロセス。 ISST 会員との経験に限る。できれば、正規の訓練コース開始前に個人プロセスを経験していることが望ましい。(もし二名以上の ISST 会員との箱庭療法プロセスがある場合、以下の書式と同じ書式を用いて情報を添付して下さい。)

Date process started (開始年月日)

Date completed (終了年月日)

Signature of ISST Therapist verifying above(上記内容を証明する ISST 会員セラピストの署名)

3. Sandplay Training/Education. Must be with ISST Teaching Members

Requirement: Minimum of 100 hours of theoretical teaching applied to Sandplay practice with ISST Teaching Members. These hours must be completed before submitting the Final Case to readers. Please list date of class/seminar, name of class/**seminar**, number of hours for each, and name of teacher(s). (If necessary, attach additional pages)

3. 箱庭療法の訓練/教育。ISST ティーチング会員によるものに限る。

必要要件：ISST ティーチング会員による、箱庭療法実践に関する100時間以上の理論教育。最終ケースを査読者に提出する以前に時間数を満たしていなければなりません。以下のリストに授業/セミナーの期日、授業/セミナーの名称、それぞれの時間数、教員名(複数可)を記入して下さい。(必要な場合はページを追加して下さい。)

Date of Class/Seminar 授業/セミナーの期間	Name of Class/Seminar 授業/セミナーの名称	Number of Hours 時間数	Name of Teacher(s) 教員名(複数可)

Date started to accumulate hours (時間数カウント開始日)
completed(時間数カウント満了日)

Date hours

Signature of ISST Teacher verifying above (上記内容を証明する ISST 教員の署名)

.....

4. Symbol Paper 1 (from reference material, 10-20 pages)

4. シンボル・ペーパー 1 (文献研究、10~20 枚)

Title (題目)

Date completed (完成日)

Signature of ISST Teacher verifying above (上記を証明する ISST 教員の署名).....

.....

5. Symbol Paper 2 (with case material, 10-20 pages)

5. シンボル・ペーパー 2 (事例研究を含むもの、10~20 枚)

Title (題目)

Date completed (完成日)

Signature of ISST Teacher verifying above(上記を証明する ISST 教員の署名)

.....

6. **Supervision.** A minimum of 80 supervision hours must be completed with at least two different supervisors. Of the 80 hours, a minimum of 30 hours must be individual supervision. Fifty (50)hours of group supervision will be acceptable provided the student presents his/her own clients' material for at least 10 hours within the group supervision hours.

6. スーパーヴィジョン。合計で最低 80 時間以上、最低 2 名以上の異なるスーパーヴァイザーによるもの。80 時間のうち、最低 30 時間は個人スーパーヴィジョンであること。グループスーパーヴィジョンの時間数は、当該グループスーパーヴィジョン中に、自ら担当したクライアントの素材を最低 10 時間以上発表した場合に限り、50 時間を上限として算入できます。

List the names of your ISST teachers who have provided **individual**, supervision, the number of individual hours with each teacher, and each teacher's **signature of verification**.

<個人>スーパーヴィジョンを担当した ISST 教員名、各教員との個人スーパーヴィジョン時間数、各教員による<証明の署名>を記入して下さい。

Print name of ISST Supervisor for Individual Supervision. 個人スーパーヴィジョンの ISST スーパーヴァイザー名(印)	Number of Individual Supervision Hours 個人スーパーヴィジョン時間数	Supervisor's Signature of Verification スーパーヴァイザーによる証明
--	--	---

刷字体で記入)		の署名

Date started (開始日)

Date completed(満了日)

Signature of ISST Teacher/Advisor verifying above(上記の内容を証明する ISST 教員またはアドバイザーの署名)

List names of your ISST Teachers who have provided **group** supervision, the number of hours you have received in group supervision from each of these teachers, the number of hours (with each teacher) you have presented your clients' work during group supervision, and each teacher's **signature of verification**. (Note: Individual Supervision Hours are not given for presenting in a group setting.)

<グループ>スーパーヴィジョンを担当した ISST 教員名(複数可)、各教員のグループスーパーヴィジョンを受けた時間数、当該グループスーパーヴィジョン中に自分のクライアントのワークを発表した時間数(各教員別に記入)、各教員の<証明の署名>を以下に記入して下さい。(注意: 個人スーパーヴィジョン時間数はグループ形式での発表には算入できません)

Print Name of ISST Supervisor for Group Supervision. グループスーパーヴィジョンを担当した ISST スーパーヴァイザー名(印刷字体で記入)	Number of Group Supervision Hours グループスーパーヴィジョンの時間数	During group supervision, how many hours did you present your clients' work? グループスーパーヴィジョン中に自分のクライアントのワークを発表した<時間数>を記入	Supervisor's Signature of Verification スーパーヴァイザーの証明の署名

7. ISST Final Case (if relevant to this application)

7. ISST 最終ケース(この申請書に関係する場合)

Advisor(アドバイザー)

Reader 1 (査読者 1)

Reader 2(査読者 2)

Reader 3 (査読者 3)

Date of Submission (提出日付)

Date of Result(判定日付)

Signature of Advisor (アドバイザーの署名).....
.....

8. Verification of Applicant's Background and Training

8. 申請者の履歴や訓練に関する証明

Applicant: Please sign below verifying that the information in this application correctly describes your relevant background, education, and training.

申請者は、本申請書における情報が、関連する履歴、教育、訓練を正確に記載していることを確認し、以下に署名して下さい。

Signature of Applicant for ISST Membership
ISST 会員の申請者の署名

Today's Date
署名日付

Print Name of Applicant
申請者の氏名(印刷字体で記入)

Date Qualification Requirements started
認定要件カウント開始日

Date Qualification Requirements completed

認定要件満了日

Signature of ISST Advisor verifying above
ISST アドバイザーによる上記内容の証明の署名

Today's Date
署名日付

Print Name of Advisor
アドバイザーの氏名(印刷字体で)

RRM 4/07/12 updated 28thAug12