**（表紙）**

**JAICOストレスチェックアドバイザー　プロフィール** 記入日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | 顔写真 | | |
| 氏　名 | |  | | | |
| 生年月日 | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日生 | | | |
| 住　所 | | 〒 | | | |
| 連絡先  ＊電話とE-mail  両方記入が必須 | | 電話： | | | | | | |
| E-mail：  ＊E-mail は、添付ファイルが見られるアドレスを記入 | | | | | | |
| 資格免許 | | 心理職(産業カウンセラー,キャリアコンサルタントetc)　／  医療(看護師,介護士etc)　／　教育(保育士etc)　/　法律(社労士etc) 等 | | | | | | |
| 年 | | | 月 | |  | | | |
| 年 | | | 月 | |  | | | |
| 年 | | | 月 | |  | | | |
| 年 | | | 月 | |  | | | |
| 年 | | | 月 | |  | | | |
| 年 | | | 月 | |  | | | |
| 年 | | | 月 | |  | | | |
| **職　　歴** | | | | | | | | |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | | | |
| 至現在　　　年 | 月 | | |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | | | |
| 至　　　　　　年 | 月 | | |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | | | |
| 至　　　　　　年 | 月 | | |
| **カウンセリング歴** | | | | | | | 延べ時間数 | |
| 延べ対応人数 | |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | |  | 時間 |
| 至現在　　　年 | 月 | | |  | 人 |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | |  | 時間 |
| 至　　　　　　年 | 月 | | |  | 人 |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | |  | 時間 |
| 至　　　　　　年 | 月 | | |  | 人 |
| **講師歴** | | | | | | | 延べ時間数 | |
| 延べ対応人数 | |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | |  | 時間 |
| 至現在　　　年 | 月 | | |  | 人 |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | |  | 時間 |
| 至　　　　　　年 | 月 | | |  | 人 |
| 自　　　　　　年 | 月 | | |  | | |  | 時間 |
| 至　　　　　　年 | 月 | | |  | 人 |

**＊　連絡先は、日中連絡のつく電話番号とメールアドレスをご記入ください。登録後は、基本的にメールでの連絡となります。**

**JAICOストレスチェックアドバイザー認定**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 制度理解 | 説明プレゼンテーション | 年　　月認定 | 備考 |
| 面談力 | 面談者養成研修応用コース | 年　　月認定 |
| 組織診断 | 組織診断応用コース | 年　　月認定 |
| **JAICOストレスチェックアドバイザー** | | **年　　月登録** |  |

**（裏面）**

**JAICOストレスチェックアドバイザー　プロフィール** 記入日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |

**更新研修歴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修名（時間数） | 年月日 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |