**舞動治療實習時數證明**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  | 直接服務時數 | | 其他服務時數 | 督導時數 | | 實習總時數 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 舞動治療專業服務 | 其他心理健康服務 | 舞動治療專業督導 | 其他專業督導 |
| 機構一（職稱）  實習日期： 自\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 起 至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止 |  |  |  |  |  |  |
| 機構二（職稱）  實習日期： 自\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 起 至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 項目總時數 |  |  |  |  |  |  |

總實習時數為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_小時。

機構／承辦人蓋章或簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日

**舞動治療實習內容簡述**

機構一：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

舞動治療實習內容：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

機構二（如有）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

舞動治療實習內容：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**畢業後一年以上心理健康實務工作經驗證明及內容簡述**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身分證號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| 機構 | 職稱 | 工作內容簡述 | 任職日期 | 工作頻率 | 督導時數 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

機構／承辦人／督導蓋章或簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日

**受督時數紀錄表及督導資歷表**

受督者姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（實習／工作）

受督類別： 舞動治療專業督導／其他專業督導 受督方式： 個別／團體

受督總時數：自\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 起至 \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，合共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_小時

一、督導基本資料

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 本會認證之督導員編號（如有）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（若督導乃本會註冊之督導員，則無須填寫以下資料和表格）

職稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 最高學歷：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

實務工作年資：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 督導工作年資：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電郵：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二、督導實務工作經驗

| 機構 | 職稱 | 年資 |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

三、督導工作經驗（如有）

| 受督對象機構 | 督導類別及方式 | 時數 |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

督導蓋章或簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日