

台灣藝術治療學會實習申請書

申請日期： 年 月 日

姓名：	性別：	生日：	年 月 日
會員編號：	身分證字號：		
電話：	電子郵件：		
戶籍住址：			
通訊住址：			
學歷：			
經歷：			
藝術治療相關學分、訓練			
藝術治療基礎課程			
學科名稱	學分數	授課單位	任課教師
變態心理學			
人格心理學			
發展心理學			

諮商與心理治療 (理論、技術)				
藝術創作課程				
藝術治療核心課程(以學分計算)				
學科名稱	學分數	授課單位	任課教師	
藝術治療概論				
藝術治療理論與實務(一)				
藝術治療理論與實務(二)				
藝術治療理論與實務(三)				
藝術治療工作坊(一)				
藝術治療工作坊(二)				
藝術治療核心課程(以時數計算)				
類別	時數	研習主題	主辦單位	講師
藝術治療概論				

藝術治療理論與實務(一)				
藝術治療理論與實務(二)				

藝術治療工作坊(二)				

申請人簽名： _____(親筆簽名及蓋章)