

年 月 日

札幌学院大学大学院
臨床心理学研究科長 様

ご住所 〒

お電話 ー ー

生年月日 年 月 日

ご氏名

スーパーバイザー承諾書

年度、貴職より委嘱のありました下記院生のスーパーバイザーについて
承諾致します。

記

院生氏名 _____
