|  |  |
| --- | --- |
| **2019年（平成31年）勉強会助成金応募要綱** | |
| 基本方針 | NPO法人ヘルスカウンセリング学会では、学会および学会員の独創的発展と成長に向けて、SATヘルスカウンセリング勉強会に対する助成をする。 |
| 助成対象 | SATヘルスカウンセリングの習得と習熟を目的とする勉強会で、以下の助成基準の全てを満たす勉強会（ただし、助成申請初年度はこの限りではない） |
| 助成基準 | 以下の事項に留意し理事会が選定する  ①勉強会メンバーが、5名以上のNPO法人ヘルスカウンセリング学会会員で構成されていること  ②継続的にスーパーバイザーを招聘して活動していること  (回数は年6回以上が望ましいが、必ずしも回数は問わない)  ③前年に、勉強会構成員によるJournal of Health Counselingへの投稿（特集論文、投稿論文、書評論文を含む）、またはヘルスカウンセリング学会大会での発表(口頭発表またはポスター発表)のいずれかが行われていること  ④前年に開催されたヘルスカウンセリング学会大会に、勉強会構成員のうち1名以上が参加していること |
| 応募方法 | 当学会所定の**応募用紙１～３**に記載し、**郵送又はメール**で申し込む。  （未提出の書類があると応募資格を失うので注意のこと） |
| 応募締切 | 2019年1月6日（日）必着 |
| 選考結果の通知 | 2019年2月上旬、申請者に通知 |
| 助成項目  および金額 | ①スーパーバイザーとして招聘する公認ヘルスカウンセラー（中級以上）の交通費実費(学会経費を考え、招聘するスーパーバイザーは可能な限り近在の人とする。また、遠方であれば割安を活用する。そうでない場合、学会事務局と予め相談すること。)  ②通信費・消耗品費 |
| 助成金の贈呈 | 2019年2月下旬頃贈呈（指定口座に振り込み） |
| 選考委員 | 会長・理事 |
| 応募申請書の 提出先 | 〒272－0023　千葉県市川市南八幡4-12-5-801  特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会事務局  ＴＥＬ：０４７－３１４－１９５９  ＦＡＸ：０４７－３００－８２７７  Ｅ-mail：info＠healthcounseling.org |

※助成金を受領した後は、以下の報告の義務および残金返却の義務が生じます。

助成された勉強会は、その年の12月末までに、領収書を添付した会計報告（報告用紙１）及び活動成果報告書(報告用紙２)を作成し、助成金の残金をその年の12月末までに学会事務局に返却し、その報告書（報告用紙３）を**郵送**で提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **2019年（平成31年）勉強会助成金応募用紙**  （注）１．勉強会の代表者もしくは連絡係の方がご記入ください。  　　　２．会員名の欄が不足の時は別の用紙に書いてください。 | |
| ふりがな |  |
| 申請者  （代表又は連絡係） |  |
| 申請者連絡先 | 〒  ＴＥＬ |
| 勉強会名  及び連絡先 | 名称：  〒  ＴＥＬ： |
| （定期的な活動場所がある場合）  施設名及び連絡先 | 施設名等：  〒  ＴＥＬ： |
| ヘルスカウンセリング学会会員名（学会員総数：　　　　名）※助成基準①5名以上の学会会員  （勉強会の代表者は○印、連絡係は△印を、氏名の前に明記してください。両方兼務の場合は、○△としてください。） | |

応募用紙　１

応募用紙　２

**2019年（平成31年）勉強会年間計画表**勉強会名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 月　日 | 招聘するスーパーバイザー及び公認資格名 | 予想される交通費 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 予想される交通費の合計 | | | ① |

|  |  |
| --- | --- |
| 予想される通信費 |  |
| 予想される消耗品費 |  |
| 想定している費用の内訳（欄が不足の時は別の用紙に書いてください）  ・（記入例）コピー用紙　○○枚　○○○円  ・  ・  ・  ・  ・  ・  ・  ・ |
| 予想される通信費・消耗品費の合計 | ② |

|  |  |
| --- | --- |
| **希望する助成金総額（①+②）** | **円** |

**助成金振込先**

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名 | （フリガナ） |
|  |
| 銀行口座 | 銀行　　　　　　　支店　　（普通・当座）  口座番号： |

応募用紙　３

勉強会名：

**2018年（平成30年）実績**

前年の実績を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催回数 | 開催月日 |
| 回 |  |

※助成基準②：回数は年６回以上が望ましいが、必ずしも回数は問わない

|  |
| --- |
| 1．勉強会構成員によるJournal of Health Counseling　Vol.24（2018）への投稿（特集論文、投稿論文、書評論文を含む）  （発表者全員の氏名、論文タイトルを記載のこと） |
| 2．勉強会構成員によるヘルスカウンセリング学会学術大会での発表  （演題名、演者名、発表形式〈口頭発表、ポスター発表〉） |

※助成基準③：前年に、勉強会構成員によるJournal of Health Counselingへの投稿（特集論文、投稿論文、書評論文を含む）またはヘルスカウンセリング学会大会での発表(口頭発表またはポスター発表)のいずれかが行われていること

|  |
| --- |
| 3．第25回ヘルスカウンセリング学会学術大会参加者氏名　　（合計：　　　　人） |

※助成基準④：前年に開催されたヘルスカウンセリング学会大会に、勉強会構成員のうち1名以上が参加していること

助成金を受領した後は、以下の報告の義務および残金返却の義務が生じます。

助成された勉強会は、その年の12月末までに、領収書を添付した会計報告（報告用紙１）及び活動成果報告書(報告用紙２)を作成し、助成金の残金をその年の12月末までに学会事務局に返却し、その報告書（報告用紙３）を郵送で提出してください。

|  |
| --- |
| 【送付先】  〒272－0023  千葉県市川市南八幡4-12-5-801  特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会事務局 |

報告用紙　１（郵送で提出）

≪会計報告≫

勉強会名：

**20　　年のスーパーバイザーの交通費**

用紙が足りない場合はコピーして記載してください。（開催日、スーパーバイザー名、交通機関）**※可能な限り領収書を添付すること**

**合計金額　　　　　　　　　　円**

|  |
| --- |
| １．開催日：  　　SV氏名：  　　交通費：  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　から　　　　　　　　　　　　　　　まで） |
| ２．開催日：  　　SV氏名：  　　交通費：  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　から　　　　　　　　　　　　　　　まで） |
| ３．開催日：  　　SV氏名：  　　交通費：  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　から　　　　　　　　　　　　　　　まで） |
| ４．開催日：  　　SV氏名：  　　交通費：  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　から　　　　　　　　　　　　　　　まで） |
| ５．開催日：  　　SV氏名：  　　交通費：  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　から　　　　　　　　　　　　　　　まで） |
| ６．開催日：  　　SV氏名：  　　交通費：  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　から　　　　　　　　　　　　　　　まで） |

報告用紙　２（郵送で提出）

≪活動成果報告書≫

勉強会名：

**ヘルスカウンセリング勉強会活動レポート**

開催した勉強会の活動レポートを下記の要領で毎回作成のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| １．開催日 | 20　　　年　　　月　　　日 |
| ２．会場 |  |
| ３．参加者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上　　　　　　名 | |
| ４．スーパーバイザー名及び公認資格名 | |
| ５．活動内容(具体的に記載すること) | |

報告用紙　３（郵送で提出）

**助成金の残金の返却報告**

|  |  |
| --- | --- |
| 勉強会名 |  |
| 責任者名及び公認資格名 |  |
| 活動場所  （都道府県と市町村） |  |
| 20　　　年　配分助成金総額 | 交通費として　　　　　　　　　　　　　円  消耗品・通信費として　　　　　　　　　円 |
| 20　　　年　使用助成金総額 | 交通費として　　　　　　　　　　　　　円  消耗品・通信費として　　　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| **20　　　年の助成金の残額を下記の口座に返却しました。**  みずほ銀行　本八幡（もとやわた）支店  　　　　　　口座番号　(普)２７９２４１６  　　　　　　口座名　　ヘルスカウンセリング学会  返却日：20　　　年　　　月　　　日  氏名：  連絡先：  　〒  　TEL： |