



## 準ポラリティプラクティショナー申請について

APPLICATION FOR APP: ASSOCIATE POLARITY PRACTITIONER

APTA 指定の「APP」という名称を使うためには、日本においては JPTF（日本ポラリティセラピーサポート協会）のメンバーである必要があります。

APP は、APTA 基準に基づいたポラリティセラピーの技能修得トレーニングの訓練期間を満了し、準プラクティショナーとしてのレベルに達していることを、公認する名称です。APTA 基準は、ポラリティセラピーの範囲と内容を明確にしており、それぞれの技能領域に必要なレッスンプログラムを規定しています。この基準は、ポラリティの知識、技能、そして登録の基礎になります。

- **APP : Associate Polarity Practitioner 申請のための基準資格**

- ✓ あなたは JPTF のメンバーでなければなりません。
- ✓ 申請日までに 18 歳以上でなければなりません。
- ✓ メンバー登録から 1 年以内に、APTA により承認された、技能のための APTA 基準を満たす Associate Polarity Practitioner に必要な 155 時間のレッスンプログラムを完了していなければいけません。
- ✓ 承認を受けた JPTF 講師によって、申請の決定を受けなければいけません。

### APP 申請の手順

- **申請に必要なもの**

上記で定義される基準を満たす。

申請用紙の全てに記入をする。

（APTA 規準に従った専門職倫理の遵守を公証するあなたの署名を含む。）

ポラリティセラピーがあなたにとって意味する事について説明する 1~2 ページの個人声明。

申請の為に申込金の納入が必要です。

- APTA により承認を受けたスクール、又は JPTF 講師によって添付される書類。

トレーニング証明のコピーとトレーニングマネージャによる終了を承認する署名。

あなたの性格と専門技術を証明するインストラクター、又はコースのマネージャからの人物証明書。

JPTF は、APP 申請を完成するために追加情報を要求することがあります。

JPTF オフィスが書類を受け取った後、申請が完了するには最大 45 日かかります。

この申請が承認されると、あなたの会員資格は APP になり、証明書と新しい会員証が送られます。そして、JPTF、および APTA の APP 会員一覧に登録されます。

- **資格の維持**

APP(Associate Polarity Practitioner)資格を維持するために、毎年、JPTF 及び APTA の会員更新が必要となり、更新費用の納入を要します。APP 更新料は会員更新されていない状態で、APP(Associate Polarity Practitioner)として広告を出すか、またはそれを称することは、JPTF、および APTA 規準にのっとりた専門職倫理の違反になります。

APP としての最初の 1 年間で終了した後、2 年毎に 15 時間の継続教育を取得しなければなりません。

この申請のすべてのコピーをとり、記録のために保管されることを提案します。

これらの申請用書類は返却されません。

---

### 関係費用一覧

- 会員登録費 3,000 円（一般・スチューデント登録はこちら）/年
- APP 申請費 3,000 円＋登録月別申請費（APTA 登録含む）/申請時  
月別申請費はこちら  
1 月: 11,500 円、 2 月: 10,400 円、 3 月: 9,400 円、 4 月: 8,300 円、 5 月: 7,300 円、  
6 月: 6,300 円、 7 月: 5,200 円、 8 月: 4,200 円、 9 月: 3,100 円、 10 月: 2,100 円、  
11 月: 1,100 円、 12 月: 12,500 円 (12 月は来年度一年分)
- APP 更新費 25,000 円（APTA 登録含む）/年
- 途中ででの退会の場合、既納の諸費用は返還いたしかねます。



# 準ポラリティプラクティショナー申請書

APPLICATION FOR APP: ASSOCIATE POLARITY PRACTITIONER

## 1. 基本情報

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

フリガナ

住所〒

E-mail

電話

会社名

JPTFメンバー登録

平成

年

## 2. 現在保有する・免許資格

## 3. 加入している協会等

4. 今までに資格・免許・専門職を取り消されたことがありますか？ \_\_\_\_\_  
もしあれば、別紙に詳細を記してください。

#### 5. 個人的な声明

別紙にて、ポラリティセラピーがあなたに意味する事について説明して下さい。JPTFおよび APTA の会報またはウェブ上でこの声明の全て、あるいは一部を掲載する事があります。差し支えなければ掲載を承諾す署名を以下にして下さい。

署 名 \_\_\_\_\_

#### 6. 応募者声明と署名

私(下名)はここに、APTA の Associate Polarity Practitioner の申請を行います。私は、この申請で与えられた情報が真実であることを公認します。私は、専門職倫理を遵守し、プロフェッショナルとしての行いをとることを公証します。それに違反した場合、登録が停止あるいは取消しされるかもしれないことを認めます。

そして、私は、APTA と JPTF が私の行動および活動への責任を全く負わないことを理解し、同意します。私は自分のリスクでポラリティセラピーを行い、私のすべてのポラリティセラピーの行為は APTA、JPTF の責務の負うところではありません。

氏 名 \_\_\_\_\_

署 名 \_\_\_\_\_

日 付 \_\_\_\_\_

私は、Associate Polarity Practitioner(APP)の名称をここに受け入れます。

以下の私の署名により、私は、専門職倫理の遵守を公証する事を誓約します。私は、私の APP の名称を維持する為に JPTF の APP 会員資格を更新しておく必要がある事を知っています。

氏 名 \_\_\_\_\_

署 名 \_\_\_\_\_

本日の日付 \_\_\_\_\_

**7. APTA:認定プログラムマネージャによる記入欄**

私は、この Associate Polarity Practitioner 応募者のトレーニングを精査し、APTA の規準によって定義される APP トレーニング必要条件を満たしていることを承認します。

氏 名

---

署 名

日 付

---

**8. 人物証明書（応募者の性格と技能を証明する推薦状）を書いたインストラクター又はコースマネージャの氏名**

氏 名

---

関 係

電話番号

---