**スーパーバイザー養成研修　受講申込書**

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | | 所属の都道府県  社会福祉士会名 | | |  | | 申込書  記載日 | 2020年　　　月　　　日 | |
| （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 送付先住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | | | | |
| 日中連絡先 | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  メールアドレス： | | | | | | | | | |
| 実務経験注１  現在の勤務先を一番上に、最近のものから記載してください。社会福祉士取得後の実務経験が対象。  社会福祉士取得前の実務は記載しないで下さい。 | 勤務先名 | | | | 職種 | | 従事期間 | | | |
|  | | | |  | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （　　　　　年　　　　か月） | | | |
|  | | | |  | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （　　　　　年　　　　か月） | | | |
|  | | | |  | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （　　　　　年　　　　か月） | | | |
|  | | | |  | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （　　　　　年　　　　か月） | | | |
|  | | | |  | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （　　　　　年　　　　か月） | | | |
| 合　　計 | | | |  | | 相談援助実務期間合計：　　　　年　　　か月 | | | |
| 上記の実務経験の中に独立型社会福祉士としての経験がある方はチェックしてください | | | | | | | | | | □ |
| ●社会福祉士（ソーシャルワーカー）としてのスーパーバイジー経験について(1)～(4)について記載してください。  ※認定社会福祉士制度以外のスーパービジョン可、養成課程における実習を除く | | | | | | | | | | |
| (1)スーパービジョンを受けた時期 | | | |  | | | | | | |
| (2) あなたの立場（職位・職種等） | | | |  | | | | | | |
| (3)スーパーバイザーの立場（職位・職種等） | | | |  | | | | | | |
| (4)スーパーバイザーとの関係性 | | | |  | | | | | | |
| ●社会福祉士へのスーパーバイザー経験について、直近の３つの実績における「実施期間」「スーパーバイジー（対象者）との関係」「回数」を記入してください。※回数は複数回実施していること、認定社会福祉士制度以外のスーパービジョン可、研修会の講師および実習指導を除く | | | | | | | | | | |
| (1)　実施期間　　　　年　　月　～　　　年　　月、　対象者との関係：　　　　　　　、回数：　　　　　回 | | | | | | | | | | |
| (2)　実施期間　　　　年　　月　～　　　年　　月、　対象者との関係：　　　　　　　、回数：　　　　　回 | | | | | | | | | | |
| (3)　実施期間　　　　年　　月　～　　　年　　月、　対象者との関係：　　　　　　　、回数：　　　　　回 | | | | | | | | | | |
| ●受講動機 | |  | | | | | | | | |
| ●協力同意  (受講には同意が必要です) | | この研修の終了後に、日本社会福祉士会及び都道府県社会福祉士会のスーパービジョンの実施に関して協力をします。  **□　上記について、協力の同意をします。** | | | | | | | | |
| ●事前課題の取り扱いについて  (受講には同意が必要です) | | 事前課題は、研修当日グループメンバーに配付し、１日目の宿題として自宅等に持ち帰り読み込みを行った上で、２日目のプログラムで使用します。（２日目の研修終了後、作成者本人が回収して下さい。）  ※　事前課題は個人及び事例の特定がなされないよう十分にご配慮ください。  ※　グループメンバーの事例の取扱いには十分お気を付けください。  **□　上記の事前課題の取り扱いについて同意します。** | | | | | | | | |
| ●氏名等の公開  (受講には同意が必要です) | | 受講者氏名、都道府県士会、勤務先は、研修当日の受講者名簿に掲載します。また、スーパービジョンに関して協力できる者として、都道府県社会福祉士会等での公開に同意します。  **□　上記について、情報公開することに同意します。** | | | | | | | | |
| 都道府県社会福祉士会の推薦  （公印は必須です） | | | 記載日：　　　　　年　　　月　　日   * 下記の理由によりスーパーバイザー養成研修に上記の者を推薦します   　　　　　　都道府県社会福祉士会会長　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |
| 推薦の可否理由  （必ず記入して下さい） | | |  | | | | | | | |

注１：「相談援助実務経験」は、原則として「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について（昭和63年2月12日付社庶第29号）」厚生労働省社会局長、厚生労働省児童家庭局長通知の別添１に定める範囲。社会福祉士資格取得後のもののみ有効。