**スーパービジョン研修　受講申込書**

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | | | |  | | | 都道府県社会福祉士会名 | | | | | | |  | | |
| （ふりがな）  氏名 | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 会場注１ | | （第１希望） | | | | | | （第２希望） | | | | | | | （第３希望） | |
| 自宅住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ |  | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ |  | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | □自宅　　□勤務先　（平日の日中連絡がとれるところをチェックしてください） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実務経験注２  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 | | | | | | | | 分野注３ | | | | 職種 | | | 勤務期間 |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | 年　　か月 |
| 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（助言・指導を受けた）経験  　　社会福祉士からのスーパービジョン（助言・指導）を受けたときの(1)～(4)について記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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（助言・指導をした）実績  　　直近のもの３つについて、実施期間とスーパーバイジー（対象者）との関係を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)　実施期間　　　　　　年　　　　月　～　　　　　年　　　　月、　対象者との関係： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)　実施期間　　　　　　年　　　　月　～　　　　　年　　　　月、　対象者との関係： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3)　実施期間　　　　　　年　　　　月　～　　　　　年　　　　月、　対象者との関係： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●旧生涯研修制度における共通研修修了の実績 | | | | | | | | | | * ある　　　　　□　ない | | | | | | |
| ●受講動機 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ●協力同意 | | | 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。** | | | | | | | | | | | | | |
| ●氏名等の公開 | | | 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 | | | | | * 下記の理由によりスーパービジョン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：会場については、運営の都合上、希望会場で受講出来ない場合があります。あらかじめご了承ください。

注２：「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。

注３：「分野」は次のうちのいずれかを記入してください。「高齢分野」「障害分野」「児童・家庭分野」「医療分野」「地域社会・多文化分野」