

「第 10 回認定スーパーバイザー養成研修」受講申込書

2014 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	年齢	歳
勤務先機関名		日中必ず連絡のとれる電話番号 - -		
勤務先所在地 (〒 -) 都道 府県		TEL	-	-
		FAX	-	-
		E-mail	@	
自宅現住所 (〒 -) ※ご自宅を送付先としない方は記入不要。 都道 府県		TEL	-	-
受講要件 全ての要件を満たす方	1. 認定精神保健福祉士の認定番号 (-) / 構成員番号 ()			
	2. 精神保健福祉分野における相談援助実務 (年)			
選択申込 (基礎編)	昼食	<input type="checkbox"/> 申込む ・ <input type="checkbox"/> 申込まない	懇親会	<input type="checkbox"/> 参加する ・ <input type="checkbox"/> 参加しない
その他	研修資料等送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	名簿への「勤務先名と所在地等」の掲載 <input type="checkbox"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 掲載しない		
通信欄	情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。			
事前課題 (志望動機、課題、考察は各 200 字程度でまとめてください)				
1. 本研修の志望動機				
2. 現在のソーシャルワーク実践				
3. 過去のスーパービジョン体験とその考察				
1) スーパービジョン (SV) の体験 (疑似的体験を含む) として該当するものに☑をし、その内容をお書きください。				
① スーパーバイザー経験の有無と内容				
<input type="checkbox"/> 本協会認定の「認定スーパーバイザー」による SV を受けた経験がある。 実施年 (年) 回数 (回)				
<input type="checkbox"/> SV 契約に基づく SV を受けたことがある。 実施年 (年) 回数 (回) 形態 (<input type="checkbox"/> 個別 ・ <input type="checkbox"/> グループ)				
<input type="checkbox"/> SV の契約等は交わしていないが勉強会等で助言をうけた経験がある。 勉強会等の概略 () 実施年 (年) 回数 (回)				
② スーパーバイザー経験の有無と内容				
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士実習指導者講習会を修了し、実習生に SV を行った経験がある。 講習会修了年 (<input type="checkbox"/> 2010 年度、 <input type="checkbox"/> 2011 年度、 <input type="checkbox"/> 2012 年度、 <input type="checkbox"/> 2013 年度) 実習 SV を行った実習生の人数 (講習会受講前 人、受講後 人)				
<input type="checkbox"/> SV としての契約に基づくスーパーバイザー経験がある。 経験の概略 ()				
<input type="checkbox"/> SV 契約は結んでいないが、一定の期間スーパーバイザーの自覚を持ってバイザー指導をしたことがある。				
2) 1) に記載された内容に関する考察をお書きください。				

< 個人情報の取り扱い > 本協会の個人情報方針および規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修運営、研修評価に伴う調査に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

※事務局記入欄(記入しないでください)

受付日	受講番号	
-----	------	--