

【送信票不要】

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

「第12回認定スーパーバイザー養成研修・基礎編」聴講申込書

FAX. 03-5366-2993

2016年 月 日

氏名	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳	必須 日中必ず連絡のつく電話番号
						- -

受講証等の送付先
「PSW 通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。
 ※受講証等は、本協会からの郵便物と同じ送付先にお届けします。参加者名簿も、協会が保有している構成員データにて作成しますので、「6月24日」の時点におけるデータにて送付します。変更がある方は、必ず**「6月23日」**までに**変更届**をご提出ください。とくに送付先を「ご自宅」にされている方は、所属・勤務先データが古い場合がありますので、ご留意ください。

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（ - ）
 ※「研修認定精神保健福祉士」ではありません。
2. 精神保健福祉分野における相談援助実務（ - ）年 ※10年以上が要件
3. 原則として、本協会認定 SVR もしくは認定 SVR 養成研修講師によるスーパービジョン（個別・グループ・ピア等）を受けた経験を有する者（事前課題「3. 過去のスーパービジョン体験とその考察」を記入のこと）

選択申込（基礎編）
 昼食 申込む ・ 申込まない 懇親会 参加する ・ 参加しない

その他
 名簿への「勤務先名と所在地」の掲載 掲載する ・ 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. 日常実践における課題

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

本協会認定の「認定スーパーバイザー」または「認定スーパーバイザー養成研修講師」によるSVを受けた経験がある。
 実施年（ - ）年 回数（ - ）回 スーパーバイザー（ - ）

上記以外で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（個別 ・ グループ）

SVの契約等は交わっ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

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（2010年度、2011年度、2012年度、2013年度、2014年度、2015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）

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（ - ）

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スーパー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	
-----	------	--