

「第18回認定スーパーバイザー養成研修」受講申込書

2022年 月 日

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

E-mail アドレス (受講にはメールアドレスが必要です。ここには受講時に使用するPCやタブレット等のアドレスを記入してください/記入必須)

@

受講証等の送付先

本協会からの送付先に指定された先にお送りします。

※受講者名簿も含め「6月27日」時点で構成員データを元にします。変更がある方は必ず「6月26日」までに変更届又は構成員マイページで変更してください。特に送付先が「ご自宅」の方は勤務先データが古い場合がありますのでご注意ください。

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。 <input type="checkbox"/> 会費納入済 ※必要な会費を納めていること (□にチェックを入れてください)
	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「1. 過去のスーパービジョン体験とその考察」を記入のこと)

その他	名簿への「勤務先名と所在地」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 (その1)

1. 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 ()
※上記のSV経験がないため、個別面談を行った → (詳細は推薦書に記入のこと)
- 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

- 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。
2010年度以降の講習会修了年 (年)
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。(600字程度)

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報保護方針および個人情報保護規程に基づき、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、研修運営や研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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
-----	------