

「第20回認定スーパーバイザー養成研修」受講申込書

2024年 月 日

氏名	ふりがな	性別	年齢	必須 日中必ず連絡のつく電話番号
必須 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)				
@				
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「5月21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「5月20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」の方は所属・勤務先が現在の情報で登録がなされているか確認してください。			
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 (<input type="checkbox"/> 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、本協会認定スーパーバイザーもしくは認定スーパーバイザー養成委員会委員によるスーパービジョン (個別・グループ) を受けた経験を有する者			
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. スーパーバイザー経験の有無と内容 スーパーバイザーの経験がある方は、該当するものに☑し、その内容をお書きください。 <input type="checkbox"/> スーパービジョン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"/> スーパービジョン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. 「推薦書」に記載された認定スーパーバイザー等とのスーパービジョンに関する考察 (600字)				

<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
-----	------