

様式第1号 スーパーバイザー登録申請書

認定社会福祉士認証・認定機構  
機構長様

認定社会福祉士制度スーパーバイザー登録申請書 (1/2)

申請日 平成 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

下記書類を添えて登録申請します。

必ず押印してください

添付書類	登録申請区分	確認
スーパーバイザー登録申請書 (様式第1号)	第1号、第2号、第3号、第4号	
スーパービジョン経験報告書 (様式第2号)	第1号、第2号、第3号、第4号	
スーパーバイザー推薦書 (様式第3号)	第1号、第2号、第3号、第4号	
認定上級社会福祉士登録証の写し	第1号	
認定社会福祉士登録証の写し	第2号	
社会福祉士の登録証の写し	第4号(1)	
スーパービジョン実績の証明書類 (注1)	第1号、第2号	
説明会受講修了証の写し (注2) <input type="checkbox"/> 今回添付 <input type="checkbox"/> 後日別送	第1号、第2号、第3号、第4号	
相談援助実務経験証明書 (様式第4号)	第4号(1)(2)	
経過措置期間のスーパーバイザー登録証 (経過措置からの移行)	第1号、第2号、第3号	
スーパーバイザー養成研修の修了証	第1号、第2号	
スーパーバイザーフォローアップ研修修了証(経過措置からの移行)	第3号 (注3)	

添付をした書類は、確認欄にチェックをしてください。

注1：更新スーパービジョン (集合研修方式) は該当しません。

注2：経過措置期間のスーパーバイザー登録からの移行の者は添付不要です。

注3：ソーシャルワークスーパービジョンに関する研修の講師及び研究実績並びに著書があると認められる場合は添付不要です。

■申請上の注意

- (1) 第1号、第2号、第4号(1)の申請をする者は、職能団体 (日本社会福祉士会又は日本医療社会福祉協会) の推薦が必要です。
- (2) 第3号及び第4号(3)で申請をする者は、ソーシャルワーク教育学校連盟 (以下、「ソ教連」という。) の推薦が必要です。ソ教連の推薦を得るためには、ソ教連の会員校の教員であることが必要です。
- (3) 第4号(2)で申請する者は、勤務先の長の推薦が必要です。

■申請の流れ

- (1) 機構のホームページから必要な書式をダウンロードし、書類作成の上、推薦団体に申請書類を送付してください。
- (2) 推薦団体は、推薦ができる場合は申請書類に推薦書を添えて機構に推薦します。推薦ができない場合は、申請者に申請書類をお返しします。
- (3) 書類に不備がある場合、申請団体から機構への書類の送付が期日に間に合わなくなる虞があります。推薦締切日を確認の上、余裕をもって書類提出をしてください。

様式第1号 スーパーバイザー登録申請書

認定社会福祉士認証・認定機構  
 機構長様

認定社会福祉士制度スーパーバイザー登録申請書 (2/2)

申請年月日	平成 年 月 日				
申請区分	<input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 <input type="checkbox"/> 第4号(1) <input type="checkbox"/> 第4号(2) <input type="checkbox"/> 第4号(3)(いずれか1つ)				
登録番号	社会福祉士 ( )				
	認定社会福祉士 ( ) 認定上級社会福祉士 ( )				
	経過措置期間におけるスーパーバイザー ( )				
(ふりがな) 申請者氏名	( )				
生年月日(満年)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
自宅	住所	〒			
	Tel	○実務経験証明書で証明されているもののみ記載してください。 ○実務経験証明書に重複する期間の実務について証明がある場合、重複する期間は片方のみ有効になります。 ○第4号(1)の申請者は、実務経験証明書の添付のある社会福祉士資格取得後の相談援助実務経験を記入してください。 ○第4号(2)の申請者は、実務経験証明書の添付のある相談援助実務経験を記入してください。 ○第3号及び第4号(3)の申請者は、社会福祉士(ソーシャルワーカーを含む。)の相談援助実務経験を記入してください。実務経験証明書は不要です。 ○記入欄が足りないときは、欄を増やしてください。			
	Fax				
	e-mail				
勤務先	名称・所属部署(注2) 職名 住所 Tel Fax e-mail				
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (いずれか1つ)				
相談援助実務経験(10年以上)	勤務先名	勤務期間			
		年 月			
		年 月			
情報公開の同意(注4)	<input type="checkbox"/> 「公開情報」欄の記入事項の公開に同意します。(「公開情報」欄に記入してください)				
公開情報(注5)	①公開する氏名				
	②実施可能地域(都道府県)				
	③公開する連絡先	名称	申請者の移動できる範囲の都道府県名を記入してください。(5つまで)		
		所属部署			
		住所			〒
		Tel			
Fax					
e-mail					
行動規範の遵守	<input type="checkbox"/> スーパーバイザーの行動規範を遵守することを誓約します。				
記入についての誓約	<input type="checkbox"/> 上記、登録申請内容(添付書類を含む)に誤りはありません。				

(注1) □には、該当するものにチェックを入れてください。

(注2) 勤務先名称は、法人名から記入してください。

(注3) 連絡先のe-mailアドレスの記入は必須となります。

(注4) 認定社会福祉士認証・認定機構のホームページに掲載する情報です。

(注5) 第1号、第2号及び第4号(1)の申請者は①②③のすべてを記入してください。③は住所、Tel、Fax、e-mailのいずれかを必ず記入してください。なお、所属団体が連絡窓口となる場合は、所属団体に確認の上、団体名と団体連絡先を必ず記入してください。第3号及び第4号(3)の申請者は②③について任意となります。

記入がない場合は登録できません。  
 共用アドレスは使用しないでください。