様式第７号

スーパーバイザー登録抹消申請書

　認定社会福祉士認証・認定機構に登録している認定社会福祉士制度のスーパーバイザー登録の抹消を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 抹消申請年月日 | 西暦　　　　　年　　月　　日 |
| 抹消年月日 | 西暦　　　　　年　　月　　日より抹消 |
| スーパーバイザー登録番号 |  |
| 登録区分 | □第1号 　　 □第2号　 　□第3号  □第4号(1)　　□第4号(2)　　□第4号(3) |
| 登録氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　月　　日生まれ |
| 連絡先 | □自宅　　　　□勤務先 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| e-mail |  |
| 抹消理由 | □推薦団体からの退会  □スーパービジョンの依頼がない  □その他（下記に具体的にご記入ください） |
|  | その他の内容 |

* □には該当にチェックを入れてください。
* 現在契約中のものがある場合は、抹消年月日は契約期間終了後としてください。
* 有効期間が残っている登録証を添付してください。