スーパーバイザースキルアップ研修　受講申込書

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属の都道府県  社会福祉士会名 |  | | | 申込書記入日 | 年　　　月　　　日 |
| 会員番号 |  | | | スーパーバイザー登録番号 | S　　　― |
| （ふりがな）  氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 送付先住所  □自　宅  □勤務先 | 〒 | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | |
| 日中連絡先 | □自宅　　　ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  □勤務先　　ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  ※平日の日中にご連絡が可能なものを記入してください | | | | |
| メールアドレス | ※受講決定はメールでご連絡しますので、必ずご記入ください。  ※ドメインしている方は、フィルターの解除をお願いします。  ※キャリアメールではないアドレスをご記入ください。 | | | | |
| 受講要件の確認 | □都道府県社会福祉士会会員であって、所属の都道府県社会福祉士会の推薦があること  ※本申込書に必要事項を記入の上、都道府県社会福祉士会の推薦を受けてください。 | | | | |
| □事前課題を含む研修プログラムのすべてに出席できること  ※ｅ－ラーニング講義を視聴の上で、取り組んでいただきます。  ※ご自身のスーパーバイザーとしての実績をご提出いただきます。 | | | | |
| □認定社会福祉士認証・認定機構のスーパーバイザー登録をしてから、スーパーバイザーとして認定社会福祉士認証・認定機構が定めた枠組みに基づくスーパービジョンを3件以上実施していること（3件のうち1件は2年以内に実施したものであることが必要です。）  ※ご自身のスーパーバイザーとしての実績をご提出いただきます。 | | | | |
| □受講終了後にアンケートに回答いただけること  ※受講終了後に、研修に関するアンケートにご回答いただきます。 | | | | |
| ●受講動機 | |  | | | |
| ●協力同意  (受講には同意が必要です) | | この研修は、社会福祉・振興試験センターの助成を受け、試行研修として実施します。  日本社会福祉士会及び都道府県社会福祉士会のスーパービジョンの実施に関して協力をします。  **□　上記について、協力の同意をします。** | | | |
| ●事前課題の取り扱いについて  (受講には同意が必要です) | | * 事前課題は「正会員及び正会員に所属する社会福祉士がスーパービジョンを行う際の事例取扱ガイドライン」に従い、個人及び事例の特定ができないよう加工します。 * グループメンバーの事例は、紛失、複写、その他のインシデントによる個人情報の   漏洩がなされないよう十分配慮します。  **□　上記の事前課題の取り扱いについて同意します。** | | | |
| ●氏名等の公開  (受講には同意が必要です) | | 受講者氏名、都道府県士会、勤務先は、研修当日の受講者名簿に掲載します。また、スーパービジョンに関して協力できる者として、都道府県社会福祉士会等での公開に同意します。  **□　上記について、情報公開することに同意します。** | | | |
| 都道府県社会福祉士会の推薦  （公印は必須です） | | | 記入日：　　　　　年　　　月　　日  下記の理由により、続スーパーバイザーフォローアップ研修（試行研修）に上記の者を   * 推薦します。 * 推薦しません。   　　　　　　都道府県社会福祉士会会長　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| 推薦の理由  （必ず記入してください） | | |  | | |