

様式第6号 スーパーバイザー登録更新申請書
 認定社会福祉士認証・認定機構
 機構長様

登録申請時から変更になっている項目にチェックをしてください。この欄にチェックがない場合もすべての必要項目に記入をしてください

認定社会福祉士制度スーパーバイザー登録更新申請書

認定社会福祉士制度スーパーバイザーとして、登録の更新を申請します。

申請年月日	西暦 年 月 日	変更 有無	
スーパーバイザー登録番号	登録証に記載されたSの付く番号をご記入ください		
登録区分 (いずれか1つ)	<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)		
推薦団体 (注1)	<input type="checkbox"/> 日本社会福祉士会 <input type="checkbox"/> 日本医療ソーシャルワーカー協会 <input type="checkbox"/> 勤務先 () <input type="checkbox"/> 日本ソーシャルワーク教育学校連盟		
(ふりがな) 申請者氏名	() (印) 必ず押印してください。		
生年月日 (満 年)	西暦 年 月 日 (歳)		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
自宅	住所	経過措置期間のスーパーバイザー登録で登録された方は、次の区分になります。 区分1：第4号(1) 区分2：第4号(2) 区分3：第4号(3)	
	Tel		
	Fax		
	e-mail		
勤務先	名称・所属部署		
	職名		
	住所	〒	
	Tel		
	Fax		
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (いずれか一つにチェック)		
公開情報 (注3)	①公開する氏名		
	②実施可能地域 (都道府県)		
	③連絡先	名称	第4号(2)以外のすべての区分で必須となります
		所属部署	
		住所 〒	
		Tel	
Fax	認定社会福祉士制度上の単位となるスーパービジョンのみ記入してください。		
e-mail			
情報公開の同意	<input type="checkbox"/> 上記「公開情報」を公開することに同意します。		
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。		
更新のための研修受講	<input type="checkbox"/> 機構が指定する更新のための研修の修了証の添付		
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。		
認定制度のスーパービジョンの実施実績 (注4)	終了したもの：契約件数延べ () 件 実施中のもの：契約件数 () 件		

□には、該当するものにチェックを入れてください。

(注1) 日本ソーシャルワーク教育学校連盟の推薦を受ける方は、別紙について記入し、添付してください。

(注2) 連絡先のe-mailアドレスの記入は必須となります。

(注3) 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。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のいずれかを必ずお書きください。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お書きください。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。第3号の登録者は、実施可能地域及び連絡先については任意です。

(注4) 記載内容によって登録更新に影響はありません。中断したものは含めないでください。