

認定社会福祉士制度 スーパーバイザー登録規程

2017年8月5日
規程第5号

沿革 2017年12月3日改正
2020年1月26日改正
2020年8月16日改正

認定社会福祉士制度スーパービジョン実施要綱（2012年7月28日要綱第2号）第3条（スーパーバイザーの登録）及び第22条（委任）の規定に基づき、認定社会福祉士制度のスーパーバイザーとなるための登録要件等について定める。

（申請及び登録の区分）

第1条 申請及び登録は次の4区分とする。

- （1）認定上級社会福祉士
- （2）認定社会福祉士の更新者
- （3）認定上級社会福祉士に準じる者
- （4）その他、機構が認める者

（スーパービジョン実績単位の対象）

第2条 前条第4号の登録者が行うスーパービジョンで単位の対象となる範囲は、指定された範囲とする。

- 2 前条第4号（2）の者がスーパービジョンを行った場合に単位の対象となるのは、認定社会福祉士取得前の社会福祉士でありかつ同一施設及び機関内の社会福祉士とする。

（登録要件）

第3条 機構にスーパーバイザー登録をしようとする者は、第1条の登録区分に基づき、別表1に定める要件を満たしていなければならない。

（登録申請手続き）

第4条 機構にスーパーバイザー登録をしようとする者は、第1条の登録区分に基づき、別表2に定める申請書類を機構に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書類のうち、スーパービジョン説明会の修了証の写しについては、登録申請後に提出することができる。

（推薦）

第5条 登録申請者は、第1条の登録区分に基づき別表2に定める申請書類として、推薦書を提出すること。

- 2 前項の推薦書を発行する団体は、次に掲げる推薦基準に基づいて推薦をすること

（1）第1条第1号及び第2号の推薦基準は、次のア又はイについて満たしていることとする。

- ア スーパービジョン（受ける）実績があること。ただし、更新スーパービジョン（集合研修方式）は実績に含めることはできない。

- イ 機構が指定するスーパービジョンに関する研修を受講修了していること。
- (2) 第1条第3号の推薦基準は、次のアからウについて満たしていることとする。
- なお、イ及びウについては、別に定める研修受講修了をもって代えることができる。
- ア 社会福祉等の実践現場の社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）に対するスーパービジョン実績があること。ただし、実習指導にかかる事項はスーパービジョンの対象としない。
- イ ソーシャルワーク・スーパービジョンの講師経験^註があること。ただし、学生への実習指導に係る事項は講師経験に含めることはできない。
- ウ スーパービジョンに関する研究業績・著書があること
- (3) 第1条第4号の推薦基準は、次のアからウのいずれかについて満たしていることとする。
- ア 社会福祉士資格取得後10年以上の相談援助実務経験があり、スーパービジョンの基礎的理解を学ぶ研修の受講又は講師の経験があり、社会福祉等の実践現場の社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）に対するスーパービジョン実績があること。ただし、実習指導にかかる事項はスーパービジョンの対象としない。
- イ 7年以上の相談援助実務経験があり、スーパービジョンの基礎的理解を学ぶ研修の受講又は講師の経験があり、社会福祉等の実践現場の社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）に対するスーパービジョン実績があること。ただし、実習指導にかかる事項はスーパービジョンの対象としない。
- ウ 福祉系大学の教員等であって、スーパービジョンの基礎的理解を学ぶ研修の講師又は受講の経験があり、社会福祉等の実践現場の社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）に対するスーパービジョン実績があること。ただし、実習指導にかかる事項はスーパービジョンの対象としない。

(審査)

- 第6条** 機構は、理事会においてスーパービジョン担当理事及び2名以上の審査員を指名し、スーパーバイザー登録申請の審査員とする。
- 2 審査員は、登録申請者から提出された別表2に定める申請書類（添付書類を含む）について審査を行い、合議によって審査報告書を作成し、理事会に報告する。
- 3 理事会は、審査報告書に基づき審議し、審査結果を決定する。

(審査結果通知及び登録)

- 第7条** 機構は、前条の審査結果を申請者に対し書面にて通知する。
- 2 審査結果が合格の場合は、スーパーバイザーとして登録し、登録証を発行する。ただし、スーパービジョン説明会の受講を修了していない場合は、スーパービジョン説明会の修了証の提出をもって登録する。

(スーパービジョン説明会の実施)

- 第8条** 機構は、スーパーバイザー登録申請を希望する者に対してスーパービジョン説明会を行う。
- 2 機構は、スーパービジョン説明会受講修了者に修了証を発行する。
- 3 スーパービジョン説明会は、機構が別に定めた「認定社会福祉士スーパービジョン説明会実施機関指定要項」に基づき指定した機関において開催することができる。

(情報公開)

第9条 登録者の情報の公開は、機構ホームページで行う。

2 情報の公開の範囲は、別表3に掲げる範囲とする。

(登録内容等の変更)

第10条 登録者は、登録内容に変更が生じた場合は、遅滞なく変更について機構に届け出るとともに、必要な対応をしなければならない。

2 登録者は、登録者の区分を変更する場合は、必要な書類を添えて変更届(第5号様式)を提出するものとする。なお、第4号については区分の細分の変更についても同様とする。

3 登録者は、同一区分内で推薦団体を変更する場合は、新たに推薦団体となる団体の推薦書を添えて変更届を提出するものとする。

4 登録者が、区分の変更(第4号の区分の細分の変更を含む。)により再審査が必要となる場合は、第4条の申請をしなければならない。

(登録の抹消)

第11条 名簿登録者は、機構に届け出ることにより、いつでも登録を抹消することができる。

2 名簿登録の抹消を希望する者は、必要な書類を添えてスーパーバイザー登録抹消申請書(様式第7号)を提出するものとする。

(登録の取消し)

第12条 次の各号に掲げる場合は、登録を取り消し、名簿から削除することができる。

(1) 第1条第1号の登録者が認定上級社会福祉士でなくなったとき。

(2) 第1条第2号の登録者が認定社会福祉士でなくなったとき。

(3) 登録申請時に推薦を受けた団体を退会したとき。

(4) 登録申請内容に虚偽又は重大な誤りがあったとき。

(5) 推薦団体が推薦を取り消したとき。

(6) 苦情対応の審査結果として名簿登録が取り消されたとき。

(7) その他、登録要件を満たさなくなったとき。

(再登録)

第13条 登録を抹消した者が再登録をしようとするとき及び前条の規定に基づき登録が取り消された者がスーパーバイザー登録申請をしようとするときは、第1条から第8条までの規定を準用する。

2 機構は、前条の取消理由を勘案し、期間を定め再登録の申請を受け付けないことができる。

3 前項の期間は理事会が決定し、書面で通知する。

(更新)

第14条 スーパーバイザー登録者は、登録内容の確認のため、機構が指定する期間において登録更新申請書(第6号様式)を提出しなければならない。

2 前項の更新申請に当たっては、機構が指定する研修を受講修了していなければならない。なお、指定する研修の講師は、研修を受講したものとみなす。

(登録証の再交付)

第15条 登録証の記載事項の変更等(再審査が必要となる場合を除く。)により登録証の再交付を受けようとする者は、スーパーバイザー登録証再交付申請書(様式第8号)に手数料を添えて申請する。

(不服申立)

第16条 スーパーバイザー登録が取り消されたときは、当該スーパーバイザーは、取消の日から2週間以内に不服を申し立てることができる。

2 前項の申請は、スーパーバイザーの取消について、その結論の基礎となっている事実誤認の有無についてのみ、根拠となる関連資料を付して行うことができる。ただし、次の各号に掲げる事項についてはこれに該当しない。

- (1) 推薦者が推薦を取り消したとき
- (2) 苦情申立についての処分が確定したとき

(費用の負担)

第17条 第4条、第13条及び第14条の申請者は、登録のための費用を負担しなければならない。

2 登録のための費用には、登録の公表等に関する費用の他、スーパーバイザー登録審査に関する必要も含むものとする。

3 登録のための費用は次の各号に掲げる額とする。

- (1) 第4条及び第13条の申請 8,000円
- (2) 第14条の申請 5,000円

4 第15条の登録証の再交付手数料は、1,500円とする。

5 一度納入した登録のための費用については、理由の如何に関わらず返還しない。

(改廃)

第18条 この規程の改正は、理事会の承認を経るものとする。

附 則

(施行期日)

1 この規程は、2017年8月5日から施行し、2017年度第2回申請(11月15日から12月14日申請受付)から適用する。

(廃止)

2 経過措置期間におけるスーパーバイザー登録規程(2013年3月17日規程第2号)は、廃止する。

(経過措置)

3 この規程の施行日前に経過措置期間におけるスーパーバイザー登録規程(2013年3月17日規程第2号)によるスーパーバイザー登録をしている者は、第14条に定める登録更新申請を行うことにより、第1条第4号への登録申請を行ったものとみなす。

附 則

この規程は、2017年12月3日から施行する。

別表1 登録申請の要件（第3条関係）

要件項目 \ 区分	第1号	第2号	第3号	第4号(1)	第4号(2)	第4号(3)
資格等	認定上級社会福祉士	認定社会福祉士の更新者	福祉系大学等の教員	社会福祉士であつて資格取得後10年以上の相談実務経験があること	福祉施設・機関の職員であつて7年以上の相談実務経験があること	福祉系大学等の教員
スーパーバイザー経験	必須 ^{注1}	必須 ^{注1}	—	必須	必須	—
スーパーバイザー経験	必須 ^{注2}	必須 ^{注2}	必須	必須	必須	必須
スーパーバイザー養成の研修の受講	必須 ^{注3}	必須 ^{注3}	—	必須	必須	—
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	—	—	必須 ^{注4}	—	—	必須 ^{注5}
スーパービジョンに関する研究実績・著書	—	—	必須 ^{注4}	—	—	望ましい
スーパービジョン説明会受講	必須	必須	必須	必須	必須	必須
推薦書	倫理綱領及び懲戒の権能を有する日本のソーシャルワーカー団体の推薦書	倫理綱領及び懲戒の権能を有する日本のソーシャルワーカー団体の推薦書	機構会員の教育団体の推薦書	倫理綱領及び懲戒の権能を有する日本のソーシャルワーカー団体の推薦書	施設・機関の長の推薦書	機構会員の教育団体の推薦書

注1：認定社会福祉士制度におけるスーパービジョン（個人スーパービジョン）を受けた経験があること。

注2：認定社会福祉士制度におけるスーパーバイザー経験があること。経過措置期間のスーパーバイザー登録をしていない場合は、スーパービジョン実施要綱第2条第4号のスーパーバイザーとしての経験があること。

注3：該当の研修については機構が指定する。

注4：講師経験を必須とする。また、研究実績・著書についても求める。これがない場合は、機構が指定する研修を受講する。

注5：講師経験がない場合は、受講経験があること

別表2 登録申請書類（第4条、第5条関係）

区分 申請書類	第1号	第2号	第3号	第4号(1)	第4号(2)	第4号(3)
スーパーバイザー登録申請書 (様式第1号)	必須	必須	必須	必須	必須	必須
スーパービジョン経験報告書 (様式第2号)	必須	必須	必須	必須	必須	必須
スーパーバイザー推薦書 (様式第3号)	必須	必須	必須	必須	必須	必須
認定上級社会福祉士登録証の写し	必須	-	-	-	-	-
認定社会福祉士登録証の写し	-	必須	-	-	-	-
社会福祉士登録証の写し	-	-	-	必須	-	-
説明会受講修了証の写し	必須	必須	必須	必須	必須	必須
実務経験証明書（様式第4号）	-	-	-	必須	必須	-

別表3 登録者の公開情報（第9条関係）

区分 公開情報	第1号及び第2号	第3号	第4号(1)	第4号(2)	第4号(3)
スーパーバイザーの氏名	公開する	公開する	公開する	公開しない	公開する
スーパービジョン実施可能地域	公開する	選択できる	公開する	公開しない	選択できる
スーパーバイザーへの連絡手段	公開する	選択できる	公開する	公開しない	選択できる

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 西暦 年 月 日

申請者氏名 _____ 印

下記書類を添えて登録申請します。

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)	第1号、第2号	
説明会受講修了証の写し <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)	
スーパーバイザー養成研修の修了証	第1号、第2号	

添付をした書類は、確認欄にチェックをしてください。

注：更新スーパービジョン（集合研修方式）は該当しません。

■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ソーシャルワーカー協会）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。
- (4) 審査結果は、推薦団体に通知します。

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	西暦 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 ()		
(ふりがな) 申請者氏名	() ⑩		
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	〒	
	Tel		
	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 か月	
		年 か月	
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	
		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。

社会福祉士登録番号

氏名

■記入上の注意

- (1)スーパービジョンは、社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）の個人スーパービジョンとグループスーパービジョンに限ります。なお、更新スーパービジョン（集合研修方式）は除きます。
- (2)スーパーバイザーとしての実績は社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）に対して3件以上あることが必要です。なお、実習生（学生等）へのスーパービジョンは対象となりません。
- (3)記載欄が狭い場合は適宜広げてください。

1. 社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）としてのスーパーバイザー経験

(1) スーパービジョンを受けた時期、その時の①あなたのスーパーバイザーとしての立場（職位・職種など）とその時のスーパーバイザーの立場（職位・職種など）と②あなたとスーパーバイザーの関係性の概要を、一つ以上、お書きください。

スーパービジョンを受けた時期： 西暦 年 月～ 年 月
認定社会福祉士制度のスーパービジョン 認定社会福祉士制度以外のスーパービジョン
①スーパーバイザー：
②スーパーバイザー：
③関係性の概要：

(2) あなた自身がスーパーバイザーとしてスーパービジョンを受けたことによって、学んだ事柄や実践へフィードバックできたことをお書きください。

2. 社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）へのスーパーバイザー経験

(1) スーパービジョンを実施するうえで重要視していることを次の観点からお書きください。

① スーパービジョンの際にスーパーバイザーの成長を促す観点から重要視していること

② スーパービジョンの際にスーパーバイザーの成長を促すためにスーパーバイザーに求められること

③ スーパーバイザーの成長を促すためにスーパービジョンの運用で気をつけていること

(2) スーパービジョンに関する研修会講師等の経験

第3号の場合は①及び②は必須。第4号(3)の場合は①又は②は必須

- ①過去にスーパービジョンに関する研修会（例 地域包括支援センターにおけるスーパービジョン研修会、社会福祉協議会の職員研修におけるスーパービジョン等）で講師を務めた経験がある場合、そのうちの代表的なものを一つ、ご記入ください。ただし、実習指導に係る講師は含みません。

講師経験（ 有 ・ 無 ）※該当にチェック

研修会名称・開催年度

研修会の実施主体

研修会のテーマと講義等を担当した部分のテーマ

研修会の内容と講義等を担当した部分のテーマ

- ②講師経験のない方は、スーパービジョンの基礎的理解を学ぶ研修の受講について記入してください。（認定社会福祉士認証・認定機構のスーパービジョン説明会は含みません）

内容申告については、講習会等の実施の実施要項等の添付でも差し支えありません。

研修受講（ 有 ・ 無 ）※該当にチェック

研修会名称・開催年度

研修会の実施主体

研修会のテーマ

研修会の内容

- (3) スーパービジョンに関する研究業績及び著書がある場合は、そのうちの代表的なものをご記入ください。**第3号の場合は必須**

(4) ソーシャルワークに関する教育歴、社会福祉士としての実務経験の有無について、下記にご記入ください。通算でご記入ください。

科目名等	教育歴または実務経験
相談援助の基盤と専門職（同読み替え科目）	有り →（ 年） なし
相談援助の理論と方法（同読み替え科目）	有り →（ 年） なし
相談援助演習（同読み替え科目）	有り →（ 年） なし
精神保健福祉の理論と相談援助の展開（同読み替え科目）	有り →（ 年） なし
精神保健福祉相談援助の基盤（同読み替え科目）	有り →（ 年） なし
精神保健福祉援助演習（同読み替え科目）	有り →（ 年） なし
その他、社会福祉に関する科目 （ ）	有り →（ 年） なし
社会福祉士としての実務経験	有り →（ 年） なし
社会福祉士以外のソーシャルワーカーとしての実務経験	有り →（ 年） なし

2. 会員校所属長（学部長、学科長、主任等）の自筆の承認署名を下記に記してください。

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟 御中

申請者氏名 _____

本学は、一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟の会員校であり、
また、上記の者は、西暦_____年___月___日現在、（専任教員 非常勤教員）として本学に
（所属 勤務）し、認定社会福祉士認証・認定機構のスーパーバイザーの登録にあたって、機
構の会員団体として推薦のための必要書類の提出を行うことを認めます。

西暦 _____年___月___日

会員校名 _____

所属長役職 _____

所属長名 _____ ㊟

※学校名は、法人名から記載してください

※押印は、原則として公印を使用してください。

スーパーバイザー推薦書

推薦するスーパーバイザー氏名 _____

推薦理由 (注)

上記のとおり推薦します。

西暦 年 月 日

(団体・組織機関の長)

所属・肩書き _____

署名 _____ (印)

(注) 推薦者は、スーパーバイザーとして推薦する理由を具体的にお書きください。

押印は、原則として公印を使用してください。

第4号(2)申請の場合、推薦理由の記載内容に、スーパービジョンに関する基礎的理解を学ぶ研修を受講していることの明記が必要になります。

社会福祉士/ソーシャルワーカーとしての 相談援助実務経験証明書

認定社会福祉士認証・認定機構 機構長様

1. 証明を受けようとする者			
ふりがな			
氏名			
社会福祉士登録	登録番号：	登録年月日：西暦	年 月 日
2. 証明事項			
施設機関の名称			
施設機関の範囲 <small>(いずかにチェックをしてください)</small>	<input type="checkbox"/> 「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について（昭和63年2月12日社庶第29号）」通知の別添1に定めた指定施設機関及び職種である。 <input type="checkbox"/> 認定社会福祉士認証・認定機構が別に認める施設機関及び職種のア、イ、ウ、エ、カである。 <input type="checkbox"/> 認定社会福祉士認証・認定機構の実務経験照会制度により認められた施設機関及び職種である。 <small>（認定申請時には必ず照会結果通知文を添付すること）</small>		
部署名			
職種			
分野			
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		
従事期間	西暦	年	月 日から
	西暦	年	月 日まで
	計	年	か月
3. 証明者			
上記の者は、本施設機関において、上記のとおり従事していたことを証明します。			
記入日	西暦	年	月 日
施設機関名			
所在地	〒 _____		
TEL			
証明書作成者	所属部署：	役職：	
	氏名：		
	(印)		

<注意事項>

1. 本証明書は、勤務した施設・機関ごとに作成してください。
2. 本証明書は、所属長など勤怠についての管理者が作成してください。申請者本人が所属長等の場合は、所属長等に対する管理者の署名・押印としてください。押印は原則として公印を使用してください。
3. 施設機関及び部署が複数となる場合は、本様式を複写して、施設機関及び部署ごとに作成してください。
4. 施設機関の範囲のうち、厚生労働省の通知の範囲については厚生労働省ホームページの所管の法令等のページもしくは当機構ホームページをご参照ください。
5. 分野は、「高齢分野」「障害分野」「児童・家庭分野」「医療分野」「地域社会・多文化分野」から選択してください。
6. 従事期間については、第4号(1)は、社会福祉士登録年の4月以降の実務経験について記入してください。なお、登録日以前から勤務している場合は、最大で登録年の4月1日まで遡って実務経験とすることができます。第4号(2)は、社会福祉士の資格の有無は問いません。

様式第5号

スーパーバイザー登録内容変更届

認定社会福祉士認証・認定機構に登録している内容の変更を申請します。

■必ず記入してください。

変更申請年月日	西暦	年	月	日	変更年月日	西暦	年	月	日より変更
スーパーバイザー登録番号					登録区分	<input type="checkbox"/> 第1号	<input type="checkbox"/> 第2号	<input type="checkbox"/> 第3号	
登録氏名					生年月日	<input type="checkbox"/> 第4号(1)	<input type="checkbox"/> 第4号(2)	<input type="checkbox"/> 第4号(3)	
連絡先住所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	〒								

注：登録区分を変更する場合、その区分の登録審査が必要になる場合があります。

1. 氏名の変更

ふりがな		ふりがな	
旧氏名		新氏名	

2. 推薦団体の退会・変更

現推薦団体名		推薦団体退会年月日	西暦	年	月	日
新推薦団体名		推薦団体変更年月日	西暦	年	月	日

注：推薦団体を退会した場合は、登録が取り消されます。

推薦団体を変更する場合は、新たな推薦団体の推薦書の添付が必要となります。

■以下の情報については、認定社会福祉士制度管理システムにログインし、ご自身で修正をしてください。

3. 自宅住所等の変更

旧自宅住所	〒		
新自宅住所	〒		
電話番号	FAX		
	E-mail		

4. 勤務先等の変更

勤務先名称			
所在地	〒		
電話番号	FAX		
	E-mail		

5. 公開情報の変更・追加

公開者氏名			
実施可能地域			
公開する 連絡先	名称		
	所属部署		
	住所	〒	
	Tel		
	Fax		
	E-mail		

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

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	() ㊟					
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	〒				
	Tel					
	Fax					
	e-mail					
勤務先	名称・所属部署					
	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				
		所属部署				
		住所 〒				
		Tel				
		Fax				
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。
 (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。

様式第 6 号 認定社会福祉士制度スーパーバイザー登録更新申請書 別紙

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟 御中

更新申請者氏名 _____

本学は、一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟の会員校であり、
また、上記の者は、西暦_____年___月___日現在、(□専任教員 □非常勤教員)として
本学に(□所属 □勤務)し、認定社会福祉士認証・認定機構のスーパーバイザーの登録の更新
にあたって、更新の必要書類の提出を行うことを認めます。

西暦 _____年___月___日

会員校名 _____

所属長役職 _____

所属長名 _____ (印)

※会員校所属長（学部長、学科長、主任等）の自筆の承認署名を下記に記してください。

※学校名は、法人名から記載してください

※押印は、原則として公印を使用してください。

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	<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)
登録氏名	㊟
生年月日	西暦 年 月 日生まれ
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
住所	〒
電話番号	
FAX	
e-mail	
抹消理由	<input type="checkbox"/> 推薦団体からの退会 <input type="checkbox"/> スーパービジョンの依頼がない <input type="checkbox"/> 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。

様式第8号

認定社会福祉士認証・認定機構
機構長様

スーパーバイザー登録証再交付申請書

申請日：西暦 年 月 日

申請者氏名： _____ (印)

認定社会福祉士制度スーパーバイザー登録規程に基づき、下記の理由により再交付を申請します。

スーパーバイザー登録番号	
登録区分	
(ふりがな) 氏 名	()
現 住 所 等	〒□□□-□□□□ Tel : ()-()-() Fax : ()-()-() E-mail _____ @ _____
理 由	

注1：理由には、登録事項の変更、紛失、汚損の別とその理由を記入してください。

注2：所定の手数料の額に相当する郵便為替を同封してください。

注3：登録事項の変更、汚損の場合は、登録証（原本）を添付してください。