

※ 第3号と第4号(3)の登録者は、
 本様式の他に第6号別紙の提出が必要です。

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		() 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	〒	変更の有無を入力してください。 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。	
	Tel			
	Fax			
	e-mail			
勤務先	名称・所属部署		第4号(2)以外のすべての区分 で必須となります	
	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		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。(最大5つまで) 市区町村単位までは登録できません。	
	②実施可能地域 (都道府県) 5つまで選択可			
	③連絡先	名称		
		所属部署		
		住所 〒		
		Tel		
Fax				
e-mail		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。		
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		
申請費用の振込 (審査料 5,000 円)		振込年月日 西暦 年 月 日 名義人 (カタカナ)	記入がない場合は登録できません。 連絡先に指定したご自宅又は、勤務先のメールアドレスを必ずご記入ください。 共用アドレスは使用しないでください。	

□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
 (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
 記入してください。②は、都道府県名をお書きください。5つの
 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
 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。