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 |
| ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰ登録番号 | |  | | | | 有無 |
| 登録区分（いずれか１つ） | | □第1号　□第2号　□第3号　□第4号(1)　□第4号(2)　□第4号(3) | | | |  |
| 推薦団体（注１） | | □日本社会福祉士会　□日本医療ソーシャルワーカー協会  □勤務先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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 | | □男　　　□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 | | □自宅　　　□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）  　５つまで選択可 | | |  |  |
| ③連絡先 | 名称 | | |  |
| 所属部署 | | |  |
| 住所　〒 | | |  |
| Tel | | |  |
| Fax | | |  |
| e-mail | | |  |
| 情報公開の同意 | | □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 | | □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 | | □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 | | □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） | |  | | |

□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。②は、都道府県名をお書きください。５つの都道府県まで登録することができます。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。