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 | ２０２４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。※ドメイン指定している方は、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、「スーパーバイザースキルアップ研修」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） |  |