

※ 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		( ) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 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公開する 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		
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  
 (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。

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。