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 | □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。

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※会員校所属長（学部長、学科長、主任等）の自筆の承認署名を記してください。

※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。