様式第１号　スーパーバイザー登録申請書

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申請書（1/2）**

申請日　　　西暦　　　　年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　下記書類を添えて登録申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | 登録申請区分 |
| 第1号 | 第2号 | 第3号 | 第4号(1) | 第4号(2) | 第4号(3) |
| スーパーバイザー登録申請書（様式第1号） | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| スーパービジョン経験報告書（様式第2号） | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| スーパーバイザー推薦書（様式第3号） | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 認定上級社会福祉士登録証の写し | □ | － | － | － | － | － |
| 認定社会福祉士登録証の写し | － | □ | － | － | － | － |
| 社会福祉士の登録証の写し | － | － | － | □ | － | － |
| スーパービジョン実績の証明書類（注） | □ | □ | － | － | － | － |
| 説明会受講修了証の写し（□今回添付 □後日別送） | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 相談援助実務経験証明書（様式第4号） | － | － | － | □ | □ | － |
| スーパーバイザー養成研修の修了証 | □ | □ | － | － | － | － |

※提出する書類にチェックを入れて提出してください。

注：更新スーパービジョン（集合研修方式）は該当しません。

■申請上の注意

1. 第1号、第2号、第4号(1)の申請をする者は、職能団体（日本社会福祉士会又は日本医療ソーシャルワーカー協会）の推薦が必要です。
2. 第3号及び第4号(3)で申請をする者は、ソーシャルワーク教育学校連盟（以下、「ソ教連」という。）の推薦が必要です。ソ教連の推薦を得るためには、ソ教連の会員校の教員であることが必要です。
3. 第4号(2)で申請する者は、勤務先の長の推薦が必要です。

■申請の流れ

1. 機構のホームページから必要な書式をダウンロードし、書類作成の上、推薦団体に申請書類を送付してください。
2. 推薦団体は、推薦ができる場合は申請書類に推薦書を添えて機構に推薦します。推薦ができない場合は、申請者に申請書類をお返しします。
3. 書類に不備がある場合、申請団体から機構への書類の送付が期日に間に合わなくなる虞があります。推薦締切日を確認の上、余裕をもって書類提出をしてください。
4. 審査結果は、申請者ご本人に通知すると共に、推薦団体にも通知いたします。

様式第１号　スーパーバイザー登録申請書

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申請書（2/2）**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 年 月 日 | 　西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申 請 区 分（注１） | □第１号　□第２号　□第３号　□第4号(1)　□第4号(2)　□第4号(3)（いずれか１つ） |
| 　登　録　番　号 | 社会福祉士（　　　　　　　　）認定社会福祉士（　　　　　　　　）認定上級社会福祉士（　　　　　　　　） |
| （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（注３） |  |
| 勤務先 | 名称・所属部署（注２） |  |
| 職名 |  |
| 住所 | 〒 |
| Tel |  |
| Fax |  |
| e-mail（注３） |  |
| 連絡先 | 　　□自宅　　　□勤務先　　（いずれか１つ） |
| 相談援助実務経験 | 勤務先名 | 勤務期間 |
|  | 年　　か月 |
|  | 年　　か月 |
| 情報公開の同意（注４） | □「公開情報」欄の記入事項の公開に同意します。（｢公開情報｣欄に記入してください） |
| 公開情報（注５） | 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 |  |
| 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。 |
| 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。 |
| 申請費用の振込（審査料8,000円） | 振込年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 名義人（カタカナ） |  |

（注１）□には、該当するものにチェックを入れてください。

（注２）勤務先名称は、法人名から記入してください。

（注３）連絡先のe-mailアドレスの記入は必須となります。

（注４）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。

（注５）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可能です。③は住所、Tel、Fax、e-mailのいずれかを必ず記入してください。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記入してください。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。

様式第２号　スーパービジョン経験報告書（第1号、第2号及び第4号(1)(2)用）

社会福祉士登録番号

氏　名

■記入上の注意

　(1)スーパービジョンは、社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）の個人スーパービジョンとグループスーパービジョンに限ります。なお、更新スーパービジョン（集合研修方式）は除きます。

　(2)スーパーバイザーとしての実績は社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）に対して3件以上あることが必要です。なお、実習生（学生等）へのスーパービジョンは対象となりません。

　(3)記載欄が狭い場合は適宜拡げてください。

１．社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）としてのスーパーバイジー経験

（１）スーパービジョンを受けた時期、その時の①あなたのスーパーバイジーとしての立場（職位・職種など）とその時のスーパーバイザーの立場（職位・職種など）と②あなたとスーパーバイザーの関係性の概要を、一つ以上、お書きください。

|  |
| --- |
| スーパービジョンを受けた時期：　西暦　　　　　年　　月～　　　　　年　　月□認定社会福祉士制度のスーパービジョン　　□認定社会福祉士制度以外のスーパービジョン①スーパーバイジー：②スーパーバイザー：③関係性の概要： |

（２）あなた自身がスーパーバイジーとしてスーパービジョンを受けたことによって、学んだ事柄や実践へフィードバックできたことをお書きください。

|  |
| --- |
|  |

２．社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）へのスーパーバイザー経験

（１）スーパービジョンを実施するうえで重要視していることを次の観点からお書きください。

① スーパービジョンの際にスーパーバイジーの成長を促す観点から重要視していること

|  |
| --- |
|  |

② スーパービジョンの際にスーパーバイジーの成長を促すためにスーパーバイザーに求められること

|  |
| --- |
|  |

③ スーパーバイジーの成長を促すためにスーパービジョンの運用で気をつけていること

|  |
| --- |
|  |

（２）スーパーバイザーとしての実績を3件、書いてください。なお、各実績の内容は、1実績につき1000～1200字程度で記述してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記入欄 |
| 認定制度との関係 | □認定制度のスーパービジョン　　□認定制度以外のスーパービジョン |
| 実施期間／実施回数 | 西暦　　　　　年　　月～　　　　　年　　月（　　か月間）／　　　　回 |
| ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｼﾞｰとの関係 |  |
| スーパーバイザーとしての指導経験※ |  |
| スーパービジョンで①取り上げた主要な領域、②課題・テーマ、③目的・ねらい、④問題、⑤過程（方法と流れ）、⑥効果（何がどうなったのか、変容）、⑦結果（スーパーバイジーからの評価）、⑧スーパーバイザー自身の自己評価 | ①②③④⑤⑥⑦⑧ |
| （　　　　）字　 |

* 実施した内容が、後掲の「スーパーバイザーとしての指導経験」の項目・指導内容のどれに該当するか、指導内容の番号を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記入欄 |
| 認定制度との関係 | □認定制度のスーパービジョン　　□認定制度以外のスーパービジョン |
| 実施期間／実施回数 | 西暦　　　　　年　　月～　　　　　年　　月（　　か月間）／　　　　回 |
| ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｼﾞｰとの関係 |  |
| スーパーバイザーとしての指導経験※ |  |
| スーパービジョンで①取り上げた主要な領域、②課題・テーマ、③目的・ねらい、④問題、⑤過程（方法と流れ）、⑥効果（何がどうなったのか、変容）、⑦結果（スーパーバイジーからの評価）、⑧スーパーバイザー自身の自己評価 | ①②③④⑤⑥⑦⑧ |
| （　　　　）字　 |

※ 実施した内容が、後掲の「スーパーバイザーとしての指導経験」の項目・指導内容のどれに該当するか、指導内容の番号を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記入欄 |
| 認定制度との関係 | □認定制度のスーパービジョン　　□認定制度以外のスーパービジョン |
| 実施期間／実施回数 | 西暦　　　　　年　　月～　　　　　年　　月（　　か月間）／　　　　回 |
| ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｼﾞｰとの関係 |  |
| スーパーバイザーとしての指導経験※ |  |
| スーパービジョンで①取り上げた主要な領域、②課題・テーマ、③目的・ねらい、④問題、⑤過程（方法と流れ）、⑥効果（何がどうなったのか、変容）、⑦結果（スーパーバイジーからの評価）、⑧スーパーバイザー自身の自己評価 | ①②③④⑤⑥⑦⑧ |
| （　　　　）字　 |

※ 実施した内容が、後掲の「スーパーバイザーとしての指導経験」の項目・指導内容のどれに該当するか、指導内容の番号を記載してください。

○スーパーバイザーとしての指導経験

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 指導内容 |
| 個別レベル | 1-1　相談援助の開始に係わる業務 |
| 1-2　理論・モデルに基づくアセスメント |
| 1-3　アセスメントに基づく目標設定と計画立案 |
| 1-4　サービス調整会議・ケースカンファレンス等による検討及び調整並びにコーディネーション |
| 1-5 計画に基づく介入の実施とモニタリング |
| 1-6 相談援助の終結に係わる業務 |
| 組織レベル | 2-1　組織の立ち上げや事業の開始あるいは継続に関わる業務 |
| 2-2　理論・モデルに基づく組織のアセスメント |
| 2-3　アセスメントに基づく目標設定と取り組みの企画（計画） |
| 2-4　組織内外での会議の企画・運営、職員間及び関係部署や関係機関との合意形成及び連携 |
| 2-5　計画に基づく取り組みの実施とモニタリング |
| 2-6　取り組みの終了に関わる業務 |
| 地域レベル | 3-1 地域福祉活動・事業の開始に関わる業務 |
| 3-2　理論・モデル注１に基づく地域のアセスメント |
| 3-3　アセスメントに基づく目標の設定と地域福祉活動・事業の計画立案 |
| 3-4　策定会議、連絡協議会、懇話会等による検討及び調整並びにコーディネーション |
| 3-5　計画に基づく地域福祉活動・事業の実施とモニタリング |
| 3-6　地域福祉活動・事業の終結に関わる業務 |

様式第３号

スーパーバイザー推薦書

　推薦するスーパーバイザー氏名

　推薦理由（注）

　　　　　　　　　上記のとおり推薦します。

　　　　　　　西暦　　　　　年　　月　　日

（団体・組織機関の長）

所属・肩書き

署名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（注）推薦者は、スーパーバイザーとして推薦する理由を具体的にお書きください。

押印は、原則として公印を使用してください。

第４号(2)申請の場合、推薦理由の記載内容に、スーパービジョンに関する基礎的理解を学ぶ研修を受講していることの明記が必要になります。

様式第４号　実務経験証明書

**社会福祉士/ソーシャルワーカーとしての**

**相談援助実務経験証明書**

認定社会福祉士認証・認定機構　機構長様

|  |
| --- |
| **１．証明を受けようとする者** |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 社会福祉士登録 | 登録番号： | 登録年月日：西暦　　　　　年 　　月　　 日 |
| **２．証明事項** |
| 施設機関の名称 |  |
| 施設機関の範囲（いずれかにチェックをしてください） | * 「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について（昭和63年2月12日社庶第29号）」通知の別添1に定めた指定施設機関及び職種である。
* 認定社会福祉士認証・認定機構が別に認める施設機関及び職種のｱ､ｲ､ｳ､ｴ､ｶである。
* 認定社会福祉士認証・認定機構の実務経験照会制度により認められた施設機関及び職種である。（認定申請時には必ず照会結果通知文を添付すること）
 |
| 部署名 |  |
| 職種 |  |
| 分野 |  |
| 勤務形態 | □　常勤　　　　　□　非常勤 |
| 従事期間 | 西暦　　　　　年　　　 月　　　 日から西暦　　　　　年　　　 月　　　 日まで | 計　　　　　年　　　　か月 |
| **３．証明者**上記の者は、本施設機関において、上記のとおり従事していたことを証明します。　 |
| 記入日 | 西暦　　　　　年　　　 月　　　 日 |
| 施設機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　 |
| TEL |  |
| 証明書 | 所属部署： | 役職： |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

＜注意事項＞

1. 本証明書は、勤務した施設・機関ごとに作成してください。
2. 本証明書の証明者は、所属長とし、所属長の署名・捺印としてください。申請者本人が法人の代表者や機関の長である場合には

必ず公印を使用してください。

1. 施設機関及び部署が複数となる場合は、本様式を複写して、施設機関及び部署ごとに作成してください。
2. 施設機関の範囲のうち、厚生労働省の通知の範囲については厚生労働省ホームページの所管の法令等のページもしくは当機構ホ

ームページをご参照ください。

1. 分野は、「高齢分野」「障害分野」「児童・家庭分野」「医療分野」「地域社会・多文化分野」から選択してください。
2. 従事期間については、第4号(1)は、社会福祉士登録年の4月以降の実務経験について記入してください。なお、登録日以前から

勤務している場合は、最大で登録年の4月1日まで遡って実務経験とすることができます。第4号(2)は、社会福祉士の資格の有無は問いません。