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3号及び第4号(3)用）

氏　名

所属組織名

**■記入上の注意**

**(1)記入欄が狭い場合は適宜拡げてください。**

**(2)申請者には、人格識見の向上と、スーパーバイザーとしてスーパービジョンを行うための知識及び技術の修得に努めることを求めます。また研究倫理等に反しないこと、スーパービジョンを行うにあたって社会福祉士の倫理規程、認定社会福祉士制度におけるスーパーバイザーの行動規範に反しないこと等を求めます。**

１．スーパービジョンに関する教育歴、スーパービジョン経験　（1）は必須

（１）現場の社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）への**スーパービジョン経験とその内容**をご記入ください。

スーパービジョンは、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。

３年以上とは、通年での実施ではなくても差し支えありません。

現場の社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）へのスーパービジョン経験には、社会福祉士（ソーシャルワーカーを含む。）として実践する卒業生へのスーパービジョン経験を含みます。**ただし、実習生に対するスーパービジョン、スーパービジョン関連の研修会講師、事例検討会は対象となりません。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記入欄 |
| ３年以上のスーパーバイザーとしての経験 | □あり　□なし |

※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 | ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥  ⑦  ⑧ |
| （　　　　　）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 | ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥  ⑦  ⑧ |
| （　　　　　）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 |

（２）スーパービジョンに関する研修会講師等の経験

第3号の場合は①及び②は必須。第4号(3)の場合は①又は②は必須

①過去にスーパービジョンに関する研修会（例　地域包括支援センターにおけるスーパービジョン研修会、社会福祉協議会の職員研修におけるスーパービジョン等）で講師を務めた経験がある場合、そのうちの代表的なものを一つ、ご記入ください。**ただし、実習指導に係る講師は含みません。**

|  |
| --- |
| 講師経験（　□有　・　□無　）※該当にチェック  研修会名称・開催年度  研修会の実施主体  研修会のテーマと講義等を担当した部分のテーマ  研修会の内容と講義等を担当した部分のテーマ |

②**講師経験のない方は、スーパービジョンの基礎的理解を学ぶ研修の受講について記入してください。（認定社会福祉士認証・認定機構のスーパービジョン説明会は含みません）**

内容申告については、講習会等の実施の実施要項等の添付でも**差し支えありません**。

|  |
| --- |
| 研修受講（　□有　・　□無　）※該当にチェック  研修会名称・開催年度  研修会の実施主体  研修会のテーマ  研修会の内容 |

（３）スーパービジョンに関する研究業績及び著書がある場合は、そのうちの代表的なものをご記入ください。第3号の場合は必須

|  |
| --- |
|  |

（４）ソーシャルワークに関する教育歴、社会福祉士としての実務経験の有無について、下記にご記入ください。通算でご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 科目名等 | 教育歴または実務経験 |
| 相談援助の基盤と専門職（同読み替え科目） | 有り　→（　　年）　　　なし |
| 相談援助の理論と方法（同読み替え科目） | 有り　→（　　年）　　　なし |
| 相談援助演習（同読み替え科目） | 有り　→（　　年）　　　なし |
| 精神保健福祉の理論と相談援助の展開（同読み替え科目） | 有り　→（　　年）　　　なし |
| 精神保健福祉相談援助の基盤（同読み替え科目） | 有り　→（　　年）　　　なし |
| 精神保健福祉援助演習（同読み替え科目） | 有り　→（　　年）　　　なし |
| その他、社会福祉に関する科目（　　　　　　　　　　　） | 有り　→（　　年）　　　なし |
| 社会福祉士としての実務経験 | 有り　→（　　年）　　　なし |
| 社会福祉士以外のソーシャルワーカーとしての実務経験 | 有り　→（　　年）　　　なし |

２.会員校所属長（学部長、学科長、主任等）の自筆の承認署名を下記に記してください。

|  |
| --- |
| 一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟　御中  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にあたって、機構の会員団体として推薦のため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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※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。

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。