＊申込受付番号

　（＊は記入しないでください）

2024年度 スーパービジョン申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　年　月　日 | 　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| （ふりがな）申請者氏名 | 　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日（満年齢） | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　　歳） |
| 性別 | 　　男　・　女　　　（○を付けてください） |
| 勤務先・所属職名 |  |
| 連絡先（□自宅　□勤務先）住所／Tel・Fax／メールアドレス※平日の昼間連絡が取れるところを記載のこと | 〒　　　－　　　　Tel：( 　 )-( 　 )-( 　 　 ) 　Fax：( 　 )-( 　 　 )-( 　　 )E-mail 　　 @  |
| 日本社会福祉士会 | 会員番号：　　　　　　　　　　／所属都道府県社会福祉士会名： |
| 社会福祉士として（社会福祉士資格取得後）の相談援助実務経験年数※直近のものから記載 | 勤務先名 | 職種 | 勤務期間 | 勤務年数(日数) |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
| 合　　　計 | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
| ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの学習経験※直近のものから記載 | 研修名 | 実施主体（機関団体名） | 受講年月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの実施実績　□あり　・　□なし※直近のものから記載 | 区分 | 実施期間 | 氏名 |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 希望スーパーバイザー（未記載も可） | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　／主たる地域： |
| スーパービジョンを受けたい課題・テーマ | 課題・テーマ | 選択した理由 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| その他（スーパーバイザーへの要望） |  |

※本申込書に記載された個人情報は、スーパーバイザーとのコーディネート等、スーパービジョンの運用以外には使用いたしません。

※欄が不足する場合は、適宜広げて（別紙添付等）記載をしてください。

＊スーパーバイザー記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受け入れについて　□諾　・　□否 | ［理由］ |