＊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］ |