

令和6年5月24日

会員各位

一般社団法人和歌山県社会福祉士会
生涯研修センター
センター長 玉置 薫

スーパービジョンについて（案内・申込）

認定社会福祉士認証・認定機構が定めたスーパービジョンの枠組みに基づき、スーパービジョンを受ける・することで、認定社会福祉士および認定上級社会福祉士取得や更新に必要なスーパービジョン実績の単位認定を行います。

2024年度の生涯研修制度におけるスーパービジョン（2単位）について、下記の要領でスーパーバイザーを募集します。

スーパービジョンの詳細は日本社会福祉士会ホームページ「スーパービジョンの申込みについて」及び社会福祉士認定・認証機構ホームページ「認定社会福祉制度スーパービジョン実施マニュアル～スーパーバイザー用」を参照してください。

なお、本会会員については、日本社会福祉士会ではなく本会が申し込み先になっておりますので、ご注意ください。

記

- 目的：スーパーバイザーの実践学習と専門職としての知識と技術への訓練を促進・支援するためにソーシャルワークの視点から実施するもので、スーパーバイザーとなる社会福祉士が次の事項を獲得することを目的とする。
- ◆ 社会福祉士としてのアイデンティティを確立する。
 - ◆ 所属組織におけるソーシャルワーク業務を確立し担えるようにする。
 - ◆ 専門職として職責と機能が遂行できるようにする。

受講要件： 次の①～⑤を満たす者

- (1) 認定社会福祉士の認定に必要なスーパービジョンについて
 - ① 申し込み時点で基礎研修Ⅲを修了している者等で認定社会福祉士の取得を希望している者
 - (2) 認定社会福祉士の更新に必要なスーパービジョンについて
 - ① すでに認定社会福祉士を取得しており、更新を希望している者
- (1)(2)ともに
- ② 社会福祉士資格を取得後、相談援助実践を行った経験のある者及び現在実践中の者。
 - ③ 事前面談、スーパービジョン6回以上、総括面談を受ける事ができる者
 - ④ 「スーパービジョン実施契約書」を取り交わすことができる者

⑤ 所定の受講料を支払う事ができる者

実施期間：2024年初回～2025年3月（契約締結から1年間は継続可能）

実施回数：オリエンテーション1回、スーパービジョン6回、総括面談1回

実施時間：1回1時間以上

実施場所：原則として、和歌山県社会福祉士会事務局（会議スペース）で実施します。
ただし、スーパーバイザー・スーパーバイジー双方の利便性を考慮した上で、
理事会が適当と認めた場所での実施も可能です。

実施日程：オリエンテーション時にバイザーと調整することになります。

オリエンテーション：日時 2024年7月26日（金）19:00～

場所 和歌山県社会福祉士会事務局（和歌山ビッグ愛6階）

※オリエンテーションは受講要件の事前面談に該当します。

受講料：70,000円

※実施後は費用の返還をいたしませんので、あらかじめご了承ください

申し込みについて

受講申込：同封の申込書に必要事項を記入し、申込期限までに下記まで郵送してください。

〒640-8319 和歌山市手平2丁目1-2 和歌山ビッグ愛6階
一般社団法人 和歌山県社会福祉士会

申込期限：2024年7月10日（水）

受講の可否：申込時期に関わらず、7月20日頃に文書で回答します。

受講費は受講可否が決定してからお支払いください。

※ 申込多数の場合は、前年度からの継続あるいは生涯研修制度基礎課程（基礎研修Ⅲ）
修了者を優先します。

※ 担当スーパーバイザーについては、本会で調整しますので、選択することはできません。

（スーパーバイザーは日本社会福祉士会ホームページに名前が出ています）

以上

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	() ⑩		
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
			年 か月
			年 か月
			年 か月
			年 か月
	合 計		年 か月
スーパービジョンの学習経験 ※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
スーパービジョンの実施実績 □あり・□なし ※直近のものから記載	区分	実施期間	氏名
	□バイザー/□バイザー	年 月～ 年 月	
	□バイザー/□バイザー	年 月～ 年 月	
	□バイザー/□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]
-------------------	------