

氏名	ふりがな	男・女	年齢 歳
勤務先機関名		日中必ず連絡のとれる電話番号 - -	
勤務先所在地（〒 - ） 都道 府県		TEL - -	FAX - -
		E-mail @	
自宅現住所（〒 - ）※ご自宅を送付先としない方は記入不要。 都道 府県		TEL - -	

受講要件 全ての要件を満たす方	1. 認定精神保健福祉士の認定番号（ - ）／構成員番号（ - ）		
	2. 精神保健福祉分野における相談援助実務（ - 年）		
選択申込（基礎編）	昼食 <input type="checkbox"/> 申込む ・ <input type="checkbox"/> 申込まない	懇親会 <input type="checkbox"/> 参加する ・ <input type="checkbox"/> 参加しない	
その他	研修資料等送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	名簿への「勤務先名と所在地等」の掲載 <input type="checkbox"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 掲載しない	
通信欄	情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。		

事前課題（志望動機、課題、考察は各200字程度でまとめてください）

1. 本研修の志望動機

2. 現在のソーシャルワーク実践

3. 過去のスーパービジョン体験とその考察

1) スーパービジョン（SV）の体験（疑似的体験を含む）として該当するものに☑をし、その内容をお書きください。

①スーパーバイザー経験の有無と内容

本協会認定の「認定スーパーバイザー」によるSVを受けた経験がある。
実施年（ - 年）回数（ - 回）

SV契約に基づくSVを受けたことがある。
実施年（ - 年）回数（ - 回）形態（ 個別 ・ グループ）

SVの契約等は交わしていないが勉強会等で助言をうけた経験がある。
勉強会等の概略（ - ）
実施年（ - 年）回数（ - 回）

②スーパーバイザー経験の有無と内容

精神保健福祉士実習指導者講習会を修了し、実習生にSVを行った経験がある。
講習会修了年（ 2010年度、 2011年度、 2012年度、 2013年度）
実習SVを行った実習生の人数（講習会受講前 - 人、受講後 - 人）

SVとしての契約に基づくスーパーバイザー経験がある。
経験の概略（ - ）

SV契約は結んでいないが、一定の期間スーパーバイザーの自覚を持ってバイザー指導をしたことがある。

2) 1) に記載された内容に関する考察をお書きください。

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報方針および規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修運営、研修評価に伴う調査に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

※事務局記入欄（記入しないでください）

受付日	受講番号	
-----	------	--