

「第11回認定スーパーバイザー養成研修」受講申込書

2015年 月 日

氏名	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳	必須 日中必ず連絡のつく電話番号
受講証等の送付先	<p>「PSW 通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。 ※受講証等は、本協会からの郵便物と同じ送付先にお届けします。参加者名簿も、協会が保有している構成員データにて作成しますので、「6月27日」の時点におけるデータにて送付します。変更がある方は、必ず「6月26日」までに変更届をご提出ください。とくに送付先を「ご自宅」にされている方は、所属・勤務先データが古い場合がありますので、ご留意ください。</p>					
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 () ※「研修認定精神保健福祉士」ではありません。					
	2. 精神保健福祉分野における相談援助実務 (年) ※10年以上が要件					
	3. 原則として、本協会認定 SVR もしくは認定 SVR 養成研修講師によるスーパービジョン (個別・グループ・ピア等) を受けた経験を有する者 (事前課題「3. 過去のスーパービジョン体験とその考察」を記入のこと)					
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	名簿への「勤務先名と所在地」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. 日常実践における課題						
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 <input type="checkbox"/> 本協会認定の「認定スーパーバイザー」または「認定スーパーバイザー養成研修講師」による SV を受けた経験がある。 実施年 (年) 回数 (回) スーパーバイザー () <input type="checkbox"/> 上記以外で 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 (<input type="checkbox"/> 個別 ・ <input type="checkbox"/> グループ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 2010 年度、 <input type="checkbox"/> 2011 年度、 <input type="checkbox"/> 2012 年度、 <input type="checkbox"/> 2013 年度、 <input type="checkbox"/> 2014 年度、 <input type="checkbox"/> 2015 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) <input type="checkbox"/> 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 () <input type="checkbox"/> 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スーパー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
-----	------