

【送信票不要】

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

「第15回認定スーパーバイザー養成研修・基礎編」聴講申込書

FAX. 03-5366-2993

2019年 月 日

氏名	ふりがな	性別	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 「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。
 ※参加者名簿も含め「6月30日」時点で協会が保有している構成員データを元にします。変更がある方は、必ず「6月30日」までに変更届をご提出ください。とくに送付先が「ご自宅」の方は勤務先データが古い場合がありますのでご注意ください。

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。 <input type="checkbox"/> 会費納入済 ※必要な会費を納めていること 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 宿泊 先着2人 <input type="checkbox"/> A) 大橋会館デラックスシングル 8/2 から 3泊 (25,350円/朝食付・税込) <input type="checkbox"/> B) 大橋会館デラックスシングル 8/2 から 3泊 (23,400円/素泊・税込) ※ご用意できるのは喫煙室のみです。
---------------	---

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

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 ()

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 (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。
 2010年度以降の講習会修了年 () 年
 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> 本協会の個人情報保護方針および個人情報保護規程に基づき、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、研修運営や研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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	
-----	------	--