

**「第15回認定スーパーバイザー養成研修」
推薦書**

年 月 日

【受講希望者に係る項目】	
氏 名	
支部名	
勤務先	
【推薦者に係る項目】	
受講希望者とのスーパービジョン(SV)歴(★1)	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 (SV に代わる面談日) (2019年 月 日～ 年 月 日)
認定SVR記入欄	受講希望者のSVの理解度に関するコメント
	その他、受講希望者に関連する推薦コメント
	推薦書を作成された 認定SVR氏名 ※捺印不要
支部長記入欄 都道府県支部長名 ※ご捺印ください (★2)	印

- ★1 認定SVRによるSV歴がある場合は、SVに代わる面談は不要です。SVを行った認定SVRに推薦書を作成いただいでください。
 ★2 受講希望者または推薦書を作成する認定SVRが支部長である場合、支部長からの推薦は副支部長にご作成いただいでください。

事務局記入欄

※以下、何も記入しないでください

受付確認年月日	2019年 月 日	受講の可否	可 ・ 否	受講番号	第 号
備考欄					