

スーパービジョンⅡ研修 受講申込書

(ふりがな) 1. 氏名 (性別)	(ふりがな)		
2. 自宅住所	氏名 (男 ・ 女)		
3. 勤務先について	〒		
	電話番号		FAX
	E-mail		
4. 受講決定通知等の送付先	名称		
	住所 〒		
	電話番号		FAX
	E-mail		
5. 連絡先 <small>※平日の日中連絡がとれるところをチェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
6. 会員番号・所属都道府県士会名 <small>※都道府県士会会員／会員以外どちらかに○をつけ、各欄にご記入ください。(会員番号は日本社会福祉士会が発行した会員番号を御記入ください)</small>	都道府県社会福祉士会会員		会員番号 ()
	会員以外		所属都道府県士会名 () 所属職能団体 (所属がある場合のみ) ()
7. 実務経験 <small>※現在の勤務先を一番上に、最近のものから記載してください。社会福祉士取得後の実務経験が対象です。</small>	勤務先名	勤務期間	
		年	ヶ月
		年	ヶ月
		年	ヶ月
	合計	年	ヶ月
8. 社会福祉士登録番号 <small>※都道府県士会に所属していない社会福祉士のみ</small>	(社会福祉士登録証のコピーを添付してください)		
9. 受講者名簿への記載	<input type="checkbox"/> 記載しない <small>※「受講者名簿」には、受講者番号、氏名、都道府県士会名、勤務先を掲載し受講者へ配布します。「掲載しない」をチェックされた方は、受講者番号のみの掲載となります。</small>		
10. スーパービジョンについて	社会福祉士からの助言・指導をうけたことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	スーパーバイザー経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
11. 研修実績について	<input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅲを修了している <input type="checkbox"/> 旧生涯研修制度の共通研修課程を1回以上修了している <input type="checkbox"/> 経過的スーパーバイザーとして登録されている		
12. 懇親会への参加希望	<input type="checkbox"/> 参加する (4, 0 0 0円) (※参加人数により開催しない場合があります)		
13. キャンセル待ち <small>(希望する場合はチェックしてください)</small>	<input type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します。		
14. 備考 <small>(参加にあたって特に配慮を要することなどがあればご記入ください)</small>			

下記のとおり申し込みます。

注1：お預かりした個人情報は、当研修会の運営目的以外には使用いたしません。

注2：受講者が少数の場合には研修を開催しないことがありますのでご了承ください。

注3：申込書の控えをお持ちください。

【自然災害による中止】 自然災害発生によりやむを得ず研修会を中止する場合があります。判断基準等は本会ホームページ (URL: <http://www.jacsw.or.jp/ShogaiCenter/kaisai.php?>) をご参照ください。中止の場合、受講料返金はいりませんのでご了承ください。

【申込先・お問い合わせ】 公益社団法人日本社会福祉士会 事務局

〒160-0004 東京都新宿区四谷 1-13 カタオカビル 2階 TEL：03-3355-6541 (月～金曜日 9:30～17:30)

FAX：03-3355-6543 E-mail：akanuma@jacsw.or.jp 担当：生涯研修センター 赤沼

(電話・E-mailでのお申し込みは受け付けておりません)