【申込先】e-mail：[kenshu-center@jacsw.or.jp](mailto:kenshu-center@jacsw.or.jp)　FAX：03-3355-6543　日本社会福祉士会生涯研修センター宛

**スーパービジョンⅡ研修　受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（ふりがな）**  **１．氏名** | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  氏　　名 | | | | | | | |
| **２．送付先住所および日中連絡先**    ※送付先が勤務先の場合のみ、  　勤務先名もご記入ください | 住所 | 〒 | | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX |  | | |
| e-mail |  | | | | | | |
| **３．会員番号・所属都道府県士会名**  ※都道府県士会会員／会員以外どちらかに〇をつけ、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） | 都道府県社会福祉士会会員 | |  | 会員番号：  所属：　　　　　　　　　　　社会福祉士会 | | | | |
| 会員以外 | |  | 社会福祉士登録番号：  ※社会福祉士登録証のコピーを添付してください  所属職能団体（所属がある場合のみ）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **４．実務経験**  ※社会福祉士取得後の相談援助実務経験が3年以上あることが必要です。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。 | 勤務先名 | | | | | | 勤務期間 | |
|  | | | | | | 年　　　ヶ月 | |
|  | | | | | | 年　　　ヶ月 | |
|  | | | | | | 年　　　ヶ月 | |
| 合　計 | | | | | | 年　　　ヶ月 | |
| **５．スーパービジョンについて**  ※少なくともどちらか一方が「ある」であること | 認定社会福祉士制度に基づくスーパーバイジー経験 | | | | | | | □ある |
| 上記以外のスーパーバイジー経験  （社会福祉士等のソーシャルワーカーからの助言・指導を含む） | | | | | | | □ある |
| **６.受講要件の確認について**  ※一つ以上に☑が付くこと | □　基礎研修Ⅲを修了している  □　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  □　認定社会福祉士認証・認定機構にスーパーバイザー登録している | | | | | | | |
| **７．懇親会への参加希望** | □参加する（４，０００円）（※参加人数により開催しない場合があります） | | | | | | | |
| **８．受講者名簿への記載** | □記載しない  ※「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、研修当日に配布します。  「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。 | | | | | | | |
| **９．キャンセル待ち**  （希望する場合はチェックしてください） | □キャンセル待ちを希望する。 | | | | | | | |
| **10．備考**  **（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）** |  | | | | | | | |

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、受講料返金は行いませんのでご了承ください。