

北海道社会福祉士会 スーパーバイザー プロフィール

| | |
|--|-------------------|
| ふりがな 氏名 | やました はやと 山下 勇人 |
| 所属支部 | 日胆地区支部 |
| <input type="checkbox"/> 第1号 認定上級社会福祉士 <input type="checkbox"/> 第2号 認定社会福祉士の更新者 <input type="checkbox"/> 第3号 認定上級社会福祉士に準じる者 <input checked="" type="checkbox"/> 第4号(1) 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 第4号(2) 施設機関等において職員のスーパービジョンを担当している者 <input type="checkbox"/> 第4号(3) 教員等でスーパーバイザーとして豊富な経験と実績のある者 | |

【職務等経験】 ※時系列に明確・簡潔に記入ください

平成 17 年 苫小牧東病院 MSW
平成 20 年 製鉄記念室蘭病院 MSW
平成 28 年 室蘭市地域包括支援センター憩 社会福祉士
令和 2 年 室蘭市社会福祉協議会 現在に至る

【職能団体等における活動経験】 ※時系列に明確・簡潔に記入ください

北海道社会福祉士会では地区選出理事として二期（4 年）理事を担当。その後は日胆地区支部幹事を継続中。

【最終学歴】

平成 8 年 道都大学 社会福祉学部卒

【資格・特技等】

社会福祉士、介護支援専門員

【ソーシャルワーク実践において大切にしていること】

相談者の不安が少しでも解消できるよう実践しております。

【スーパービジョンの経験】 ※直近の経験から記載してください。

平成 30 年、令和元年と各 2 名に対し、バイザーとして対応しております。

【スーパーバイザーへの一言】

こんな私で構わなければ対応いたします。

【条件】

| |
|---|
| <p>① 活動地域について</p> <p>同支部内 ・ 同支部以外 ・ その他 ()</p> |
| <p>② 受け入れ可能人数について</p> <p>_____ 若干 _____ 名 可能</p> |
| <p>③ その他 (セッション可能曜日、時間帯、パイザーへの連絡方法などの条件について、出来るだけ詳しく記載ください)</p> <p>【対応可能な時間帯】 月～金：19時以降 土・日・祝：相談に応じます。</p> <p>【連絡方法】 電話かメールを希望します。</p> <p>【対応可能な範囲】 室蘭市周辺までの範囲であれば対応します。来訪頂く場合は、距離等は問いません。</p> <p>【その他】 セッションは公共機関会議室を使用。料金(500円程度)発生します。</p> |