運営規程様式第３号

※申込受付番号

　（※は記入しないでください）

北海道社会福祉士会

スーパービジョンコーディネート担当　行

スーパービジョンコーディネート申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　込　年　月　日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | |
| （ふりがな）  申請者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |
| 生年月日（満年齢）・性別 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　　　歳）　　　　　　男　・　女 | | | | | |
| 勤務先・所属  職名 |  | | | | | |
| 連絡先（□自宅□勤務先）  住所／Tel・Fax／  メールアドレス  ※平日の昼間連絡が取れるところを記載のこと | 〒　　　　　　－  Tel：( 　　 )-(　　 )-( 　　 ) Fax：( 　　 )-(　　 )-( 　　 )  E-mail 　　　　　　　　　　@ | | | | | |
| 社会福祉士登録 | 登録番号：第　　　　　　　　　　　　　　号／登録年月日：　　　　　　　　年　　　　　　　　月 | | | | | |
| 会員番号 | （※日本社会福祉士会が発行したもの） | | | | | |
| 社会福祉士として（社会福祉士資格取得後）の  相談援助実務経験年数  ※直近のものから記載 | 勤務先名 | | 職種 | | 勤務期間 | 勤務年数(日数) |
|  | |  | | 年　　か月 | 日 |
|  | |  | | 年　　か月 | 日 |
|  | |  | | 年　　か月 | 日 |
|  | |  | | 年　　か月 | 日 |
| 合　　　計 | | | | 年　　か月 | 日 |
| ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの学習経験  ※直近のものから記載 | 研修名 | | | 実施主体（機関団体名） | | 受講年月 |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 認定社会福祉士等の  取得状況 | □　認定社会福祉士を取得済み　　　　□　認定上級社会福祉士を取得済み | | | | | |
| 研修終了状況 | □　基礎研修Ⅲ修了  □　スーパービジョン実績準備研修（都道府県社会福祉士会主催）修了  □　スーパービジョン研修～経過的対応～（日本社会福祉士会主催）修了  □　スーパービジョンⅡ研修（日本社会福祉士会主催）修了 | | | | | |
| ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの実施実績　□あり　・　□なし  ※直近のものから記載 | 区分 | | 実施期間 | | | 氏名 |
| □バイジー／□バイザー | | 年　　月～　　　年　　月 | | |  |
| □バイジー／□バイザー | | 年　　月～　　　年　　月 | | |  |
| □バイジー／□バイザー | | 年　　月～　　　年　　月 | | |  |
| □バイジー／□バイザー | | 年　　月～　　　年　　月 | | |  |
| 希望スーパーバイザー | 第１希望 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　／所属地区支部： | | | | |
| 第２希望 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　／所属地区支部： | | | | |
| 第３希望 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　／所属地区支部： | | | | |
| スーパービジョンを受けたい課題・テーマ | 課題・テーマ | | | 選択した理由 | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| その他（スーパーバイザーへの要望） |  | | | | | |

※本申込書に記載された個人情報は、スーパーバイザーとのコーディネート等、スーパービジョンの運用以外には使用いたしません。

※欄が不足する場合は、適宜広げて記載をしてください。

スーパーバイザー記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受け入れについて  □諾　・　□否 | スーパーバイザー氏名 | ［理由］ |