別記様式第２号（第６条関係）

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	もちづき　まこと 望 月　　誠
所属支部	釧根地区支部

□　第1号　認定上級社会福祉士　　□　第2号　認定社会福祉士の更新者
□　第3号　認定上級社会福祉士に準じる者　　☑　第4号（1）　社会福祉士
□　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
□　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 12 年 11 月～釧路協立病院医療福祉相談室
平成 18 年 04 月～釧路市中部地域包括支援センター
平成 24 年 10 月～釧路協立病院医療福祉相談室

【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

北海道医療ソーシャルワーカー協会　研修部
北海道社会福祉士会　釧根地区支部幹事
CCL（本音で地域連携のあり方を検討する会）　副理事長

【最終学歴】

道都大学

【資格・特技等】

介護支援専門員登録
医療ソーシャルワーカー専門講座修了
相談援助実習指導者講習会修了
成年後見人養成研修修了

【ソーシャルワーク実践において大切にしていること】

思いに寄り添う支援

【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。

2015 年 10 月～2017 年 3 月（18 か月間）
2012 年 4 月～2014 年 3 月（24 か月間）
2007 年 4 月～2009 年 3 月（24 か月間）※いずれも同部署の新人に対して
2018 年 7 月～2019 年 6 月（6 回）※北海道社会福祉士会スーパービジョンセッション

【スーパーバイジーへの一言】

スーパービジョンを通じて一緒に成長させていただけると嬉しく思います。

【条件】

①　活動地域について 同支部内　　・　　同支部以外　・　[その他]（可能な範囲で）
②　受け入れ可能人数について 1　　名　可能
③　その他　　（セッション可能曜日、時間帯、バ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） 平日の日中帯は対応できません。 電話での連絡は職場にお願いします。