≪平成28年度スーパーバイザー育成研修≫

受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| **申込年月日** | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| **（ふりがな）****氏名** |  |
| **生年月日（満年齢）** |  |
| **性別** | 男　・　女　（○を付けてください） |
| **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：E-mail：（添付ファイルを受け取り可能なメールアドレスをご記入ください） |
| **社会福祉士登録番号** | 登録番号　　　　　　　　　登録年月日 |
| **日本社会福祉士会** | 会員番号　　　　　　　所属都道府県士会名： |
| **スーパーバイザー登録番号** | 登録番号 |
| **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**※直近のものから相談実務経験10年程度分を記載※介護等は含めず相談援助の経験のみ | **職種** | **相談員名称** | **常勤・非常勤** | **勤務年数** |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
|  |  | 常勤・非常勤 | 　 年　 ヵ月 |
| 合計（未記名含） | 　年　 ヵ月 |
| **受講について**※該当箇所に○をつけてください |  | ①スーパーバイザー育成研修を受講した方（平成27年度開催分） |
|  | ②スーパーバイザー養成基礎研修を受講中の方（平成28年度開催分） |
|  | ③スーパービジョン研修（経過的対応）を受講した方（日本社会福祉士会　開催分） |
|  | ④認定社会福祉士の方（東京社会福祉士会員に限る） |
|  | ⑤今後、当会会員へスーパーバイザーとしてご活躍いただける方 |
| **テキストについて**※該当の方は○をつけてください | （　　　　）当会へ購入依頼　 |

**✍申込締切　２０１７年　２月　２８日（火）まで**