

「第17回認定スーパーバイザー養成研修」受講申込書

2021 年 月 日

氏名		ふりがな		性別		年齢	歳	必須 日中必ず連絡のつく電話番号	-	-
E-mail アドレス (受講にはメールアドレスが必要です。ここには受講時に使用するPCやタブレット等のアドレスを記入してください/記入必須)										
@										
受講証等の送付先		「PSW 通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。 ※参加者名簿も含め「6月29日」時点で構成員データを元にします。変更がある方は必ず「6月28日」までに変更届又は構成員マイページで変更してください。特に送付先が「ご自宅」の方は勤務先データが古い場合がありますのでご注意ください。								
受講要件 全ての要件を満たす方	1. 認定精神保健福祉士の認定番号 () / 構成員番号 () ※「研修認定精神保健福祉士」ではありません。 ☐ 会費納入済 ※必要な会費を納めていること									
	2. 精神保健福祉分野における相談援助実務 (年) ※10年以上が要件									
	3. 原則として、本協会認定 SVR もしくは認定 SVR 養成研修講師によるスーパービジョン (個別・グループ・ピア等) を受けた経験を有する者 (事前課題「3. 過去のスーパービジョン体験とその考察」を記入のこと)									
その他	名簿への「勤務先名と所在地」の掲載					☐ 掲載する・ ☐ 掲載しない				
通信欄	情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。									
事前課題 (志望動機、課題、考察は各 200 字程度でまとめてください)										
1. 本研修の志望動機										
2. 日常実践における課題										
3. 過去のスーパービジョン体験とその考察										
1) スーパービジョン (SV) の体験 (疑似的体験を含む) として該当するものに☑をし、その内容をお書きください。										
①スーパーバイザー経験の有無と内容										
☐ 本協会認定の「認定スーパーバイザー」または「認定スーパーバイザー養成研修講師」によるSVを受けた経験がある。 実施年 (年) 回数 (回) スーパーバイザー () ※上記のSV経験がないため、個別面談を行った → ☐ (詳細は推薦書に記入のこと)										
☐ 上記以外でSV契約に基づくSVを受けたことがある。 実施年 (年) 回数 (回) 形態 (☐ 個別 ・ ☐ グループ)										
☐ SVの契約等は交わしていないが勉強会等で助言をうけた経験がある。 勉強会等の概略 () 実施年 (年) 回数 (回)										
②スーパーバイザー経験の有無と内容										
☐ 精神保健福祉士実習指導者講習会を修了し、実習生にSVを行った経験がある。 2010年度以降の講習会修了年 (年) 実習SVを行った実習生の人数 (講習会受講前 人、受講後 人)										
☐ SVとしての契約に基づくスーパーバイザー経験がある。 経験の概略 ()										
☐ SV契約は結んでいないが、一定の期間スーパーバイザーの自覚を持ってスーパーバイザー指導をしたことがある。										
2) 1) に記載された内容に関する考察をお書きください。										

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報保護方針および個人情報保護規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修運営や研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

※事務局記入欄 (記入しないでください)

受付日	受講番号
-----	------