＜提出書類１－１＞

「第２０回認定スーパーバイザー養成研修」受講申込書

2024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  　 　-　 　 　- | |
| 必須　**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）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | | | | | | | | |
| 受講証等の  送付先 | | | 本協会からの送付先に指定された先にお送りします。  ※受講者名簿も含め「５月21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**「５月20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」の方は所属・勤務先が現在の情報で登録がなされているか確認してください。 | | | | | | | | | |
| 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（□にチェックを入れてください） | | | | | | | | | |
| 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、本協会認定スーパーバイザーもしくは認定スーパーバイザー養成委員会委員によるスーパービジョン（個別・グループ）を受けた経験を有する者 | | | | | | | | | |
| 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（その１） | | | | | | | | | | | |
| **１．スーパーバイザー経験の有無と内容**  スーパーバイザーの経験がある方は、該当するものに☑し、その内容をお書きください。  □スーパービジョン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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □スーパービジョン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ジー指導をしたことがある。  **２．「推薦書」に記載された認定スーパーバイザー等とのスーパービジョンに関する考察（600字）** | | | | | | | | | | | |

**＜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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 受講番号 |

**※事務局記入欄（記入しないでください）**