|  |
| --- |
| □には☑チェックを入れてください |
| ふりがな |  | 会員番号 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 区　分 | * 基礎研修修了者　　　　　　□　認定社会福祉士
 |
| 連絡先 | (住所)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ＴＥＬ)　　　　　　　　　　　　　※携帯電話等つながりやすいところ(メール)　　　　　　　　　　　　　　　　　（□自宅　□携帯　□職場） |
| 勤務先 | (種別)　　　　　　　　　　　　　(名称)　　　　　　　　　　　　(職種)　　　　　　　　　　　(住所)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ＴＥＬ)　　　　　　　　　　 |
| 職　歴※社会福祉士としての相談援助実務経験 | 勤務先名 | 職　種 | 期　間 |
|  |  | 　　　　　年　　　ヶ月 |
|  |  | 　　　　　年　　　ヶ月 |
|  |  | 　　　　　年　　　ヶ月 |
|  |  | 　　　　　年　　　ヶ月 |
| 希望するスーパーバイザー | ※機構のホームページをご参照ください。未記載でも可第1希望　　　　　　　　　　　第2希望　氏名　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　 |
| スーパービジョン実施について | (曜日の希望)　□平日夜　　　□土日祝の日中　　　□その都度協議(場所の希望)　□事務局　　□バイザーの職場　　□その他(　　　　　　)(実施方法)　□対面式　　□オンライン式　　□どちらでも可※オンラインを活用する場合はバイザー・バイジーとも、確実なネット環境が必要となります。 |
| その他スーパーバイザーへの要望 |  |

**２０２１年度スーパービジョン申込書**

※提出課題「スーパーバイジーの自己チェックシート」も添付してください。

　≪認定社会福祉士認証･認定機構HP≫→≪スーパービジョンとは≫→≪スーパービジョンの実施≫→≪スーパービジョンで使用する様式はこちら≫→≪様式第１号スーパーバイジーの自己チェックシート≫

※スーパーバイザー登録者リストについて

　≪認定社会福祉士認証・認定機構ＨＰ≫→≪スーパービジョンとは≫→≪スーパーバイザー登録者一覧≫→≪スーパーバイザー登録者一覧≫→≪認定社会福祉士制度管理システム　スーパーバイザーリスト【検索】≫→≪主たる実施地域「石川県」≫で検索