「認定社会福祉士制度スーパービジョン」

スーパーバイジー申込書

　公益社団法人岡山県社会福祉士会が実施する「認定社会福祉士制度スーパービジョン」におけるスーパーバイジーとして、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込年月日** | 年　　　月　　　日 | | | | |
| **社会福祉士登録番号** |  | **社会福祉士会会員番号** | |  | |
| **（ふりがな）**  **氏　　名** |  | | | | |
| **生年月日** |  | | | | |
| **勤務先等** | （名　　称）  （種　　別）  （職　　種）  （勤務年数）　　　　　　　　年　　　か月 | | | | |
| **職　　歴** | 勤務先名称（法人名と事業所名） | | 職種 | | 期間 |
|  | |  | | 年 　月 |
|  | |  | | 年 　月 |
|  | |  | | 年 　月 |
|  | |  | | 年 　月 |
| **受けたいテーマ（どのようなことに対してスーパービジョンを受けたいか）** |  | | | | |
| **スーパーバイザーへの希望（配慮してほしい事項）等** | （領域・性別・実施場所・時間帯・曜日 等） | | | | |
| **受講形態の希望** | 希望する形態のいずれかに○をつけてください  対面・オンライン・どちらでも可・その他（　　　　） | | | | |
| **連　絡　先** | （〒　　　―　　　　）  住所：  電話（　　　　　　　　　）・ＦＡＸ（　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | |

※本用紙に記載された個人情報は、本事業実施に必要な範囲でのみ使用します。