「認定社会福祉士制度スーパービジョン」**グループスーパービジョン試行研修**

スーバーバイジー募集要項

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人 岡山県社会福祉士会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生涯研修センター長　今岡　清廣

　公益社団法人 岡山県社会福祉士会（以下「本会」という）では、認定社会福祉士になるために行うスーパービジョンについて、認定社会福祉士認証・認定機構（以下、「認定機構」という）の「認定社会福祉士制度スーパービジョン実施要綱」に規定される「認定社会福祉士の認定に必要なスーパービジョン」に則り、スーバーバイジーを次のとおり募集します。

■グループスーパービジョン**（試行研修）**

　　〇本試行研修は、本会の生涯研修センターの竹中 麻由美 委員（川崎医療福祉大学、認定機構登録スーパーバイザー）により実施します。

　　〇取得できるスーパービジョンの単位は、**2単位**（個別スーパービジョンと同じ）です。

　　〇本試行研修は、同委員の小松尾 京子先生（新見公立大学）の研究事業として行うため、実施期間中に3回程度のインタビュー調査（各1時間程度）に協力いただくことを条件とします。

　　〇原則として、スーパーバイジーが6人揃った時点で実施します（応募者多数の場合、試行研修の趣旨により選考し決定します）。

■実施内容　**2023年7月から2024年3月までに８回**（事前面談、事後面談は含みません。原則として、毎月1回程度、**土曜日**に**倉敷市内**で）**実施**し、1回あたり原則90分以上とします。また、実施期間中に「６回以上の出席」、「課題およびテーマについて１回以上の報告」が必要となります。

■対象者　　原則として、社会福祉士会が実施した「基礎研修Ⅲ」を修了した者とします。

　　　　　　ただし、ベテランルートなど基礎研修の修了を必須としないルートで認定社会福祉士の取得を目指す方は、本会のスーパービジョンの趣旨や方法を理解していただくため、いずれかの受講（視聴）が受講要件となります。

① スーパービジョンⅡ研修の修了

② 基礎研修Ⅱ及びⅢの「スーパービジョン」研修の受講

③ e-ラーニング講座「スーパービジョンとは～社会福祉士会で行うスーパービジョン～」、「スーパービジョンで活用するツール―自己チェックシートの活用―」（生涯研修/人材育成系科目）の視聴

④ その他、本会が認める研修の受講等

■費　用　　**（会員）11,000円　　（非会員）22,000円**

**・**試行事業として、研究助成を受けた額となっています。

　　　　　　・本会が指定する方法で入金いただきます。

　　　　　　・インタビュー謝金が別に支給されます。

■申込方法　別紙「グループスーパービジョンスーパーバイジー申込書」を提出ください。

■申し込み・お問い合わせ先

　　（事務局）公益社団法人 岡山県社会福祉士会（担当：中井）

　　　　メール： [sv@csw-okayama.org](mailto:sv@csw-okayama.org)　　Ｆａｘ： 086-201-5340

「認定社会福祉士制度スーパービジョン」

グループスーパービジョン 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（グループスーパービジョン）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** |  | | | 性別 | 男・女  その他（　　　　） | |
| **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**  **（どのようなスーパービジョンを受けたいか）** |  | | | | | |
| **スーパービジョン**  **経験** | ・スーパーバイザー経験（□有　□無）  ・スーパーバイジー経験（□有　□無） | | | | | |
| （具体的内容） | | | | | |
| **連絡事項等** |  | | | | | |
| **連　絡　先** | （〒　　　―　　　　）  住所：  電話（　　　　　　　　　）・ＦＡＸ（　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | |
| **認定社会福祉士資格の取得状況** | □認定社会福祉士　　□認定上級社会福祉士  （□高齢　□障害　□児童・家庭　□医療　□地域社会・多文化） | | | | | |

※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。