※申込受付番号

　（※は記入しないでください）

**公益社団法人埼玉県社会福祉士会　認定社会福祉士取得のためのスーパービジョン申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　年　月　日 | 　西暦　２０２２年　　　　　月　　　　　日 |
| （ふりがな）申 請 者 氏 名 | 　（　　　　　　　　 　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞ |
| 生年月日（満年齢） | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　　　歳） |
| 勤務先・所属職　　　　名 |  |
| 連絡先（□自宅□勤務先）住所／Tel・Fax／メールアドレス※平日の昼間連絡が取れるところを記載のこと | 〒　　　－　　　　Tel：( )-( )-( ) Fax：( )-( )-( )E-mail @  |
| 会員番号：　　　　　　　　　　　／所属都道府県社会福祉士会名： |
| 社会福祉士として（社会福祉士資格取得後）の相談援助実務経験年数※直近のものから記載 | 勤 務 先 名 | 職 種 | 勤 務 期 間 | 勤務年数(日数) |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
|  |  | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
| 合　　　計 | 年　　か月 | 　　　　　　　　　　日 |
| 受講条件の確認（該当欄に〇をつける）終了証のコピーを提出 | ① | ソーシャルワーク実践者であり、事例提出が可能で、基礎研修Ⅲを終了 |
| ② | ソーシャルワーク実践者であり、事例提出が可能で、共通研修過程を終了 |
| ネット環境（◯または☓を記入） |  | オンラインの環境を持っているか？（パソコン・音声・カメラ付き、スマホはだめ） |
|  | オンラインの環境を希望するか？ |
| ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの学習経験※直近のものから記載 | 研 修 名 | 実施主体（機関団体名） | 受 講 年 月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの実施実績　□あり　・　□なし※直近のものから記載 | 区 分 | 実 施 期 間 | 氏 名 |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| □バイジー／□バイザー | 年　　月～　　　年　　月 |  |
| スーパービジョンを受けたい課題・テーマ（必ず記入してください） | 課題・テーマ | 選択した理由 |
|  |  |
| その他（配慮事項） |  |

※**認定社会福祉士取得のためのスーパービジョンです。認定社会福祉士更新のためのスーパービジョンは対象外です。**

※上の表で、「その他」の欄以外はすべて記入してください。

※本申込書に記載された個人情報は、スーパーバイザーとのコーディネート等、スーパービジョンの運用以外には使用いたしません。

※欄が不足する場合は、適宜広げて記載をしてください。

埼玉県社会福祉士会　記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受け入れについて□諾　・　□否担当 | ［理由］ |