

「第14回認定スーパーバイザー養成研修」受講申込書

2018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
受講証等の送付先	「PSW 通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。 ※参加者名簿も含め「6月29日」時点で協会が保有している構成員データを元にします。変更がある方は、必ず「6月28日」までに 変更届 をご提出ください。とくに送付先が「ご自宅」の方は勤務先データが古い場合がありますのでご注意ください。				
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。 <input type="checkbox"/> 会費納入済 ※必要な会費を納めていること				
	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 SVR もしくは認定 SVR 養成研修講師によるスーパービジョン（個別・グループ・ピア等）を受けた経験を有する者（事前課題「3. 過去のスーパービジョン体験とその考察」を記入のこと）				
選択申込 (基礎編)	昼食 <input type="checkbox"/> 申込む ・ <input type="checkbox"/> 申込まない	懇親会 <input type="checkbox"/> 参加する ・ <input type="checkbox"/> 参加しない			
	宿泊 先着5人	<input type="checkbox"/> A) 大橋会館シングル8/3から3泊 (<input type="checkbox"/> 禁煙・ <input type="checkbox"/> 喫煙) (21,450円/朝食付・税込) <input type="checkbox"/> B) 大橋会館シングル8/3から3泊 (<input type="checkbox"/> 禁煙・ <input type="checkbox"/> 喫煙) (19,500円/素泊・税込) ※禁煙を選択いただいても、予約状況によっては喫煙室になる場合もありますことをご容赦ください。			
その他	名簿への「勤務先名と所在地」の掲載		<input type="checkbox"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 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（志望動機、課題、考察は各200字程度でまとめてください）					
1. 本研修の志望動機					
2. 日常実践における課題					
3. 過去のスーパービジョン体験とその考察 1) スーパービジョン（SV）の体験（疑似的体験を含む）として該当するものに☑をし、その内容をお書きください。 ① スーパーバイザー経験の有無と内容 <input type="checkbox"/> 本協会認定の「認定スーパーバイザー」または「認定スーパーバイザー養成研修講師」によるSVを受けた経験がある。 実施年 ()年 回数 ()回 スーパーバイザー () <input type="checkbox"/> 上記以外でSV契約に基づくSVを受けたことがある。 実施年 ()年 回数 ()回 形態 (<input type="checkbox"/> 個別 ・ <input type="checkbox"/> グループ) <input type="checkbox"/> SVの契約等は交わっていないが勉強会等で助言をうけた経験がある。 勉強会等の概略 () 実施年 ()年 回数 ()回 ② スーパーバイザー経験の有無と内容 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士実習指導者講習会を修了し、実習生にSVを行った経験がある。 2010年度以降の講習会修了年 ()年 実習SVを行った実習生の人数 (講習会受講前)人、受講後 ()人 <input type="checkbox"/> SV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 () <input type="checkbox"/> SV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ザー指導をしたことがある。					
2) 1) に記載された内容に関する考察をお書きください。					

<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。

※事務局記入欄(記入しないでください)

受付日	受講番号	
-----	------	--