**2024年度　スーパービジョン申込書**

　愛知県社会福祉士会によるコーディネートを希望する場合は、スーパービジョン申込書を事務局まで提出してください。会から希望するスーパーバイザーへ提出します。希望者がいない場合は会がマッチングをしますので、その後バイザーに提出します。

**２０２4年５月１７日（金）**までに事務局までご送付ください

ＦＡＸ：052-202-3006　もしくはEメール：acsw@aichi.email.ne.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名・年齢・性別 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | （　　　歳）男　・　女 |
| 日本社会福祉士会  会員番号 |  | |
| 勤務先・所属  職　名 |  | |
| 仕事の分野 | □高齢　□障害　□児童・家庭　□医療　□地域社会・多文化  □司法　□権利擁護　□行政  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 連絡先  ＊平日昼間の連絡先 |  | |
| スーパービジョンの  関係書類送付先住所 | 〒 | |
| 連絡に使用する  メールアドレス | 必ず記載ください | |
| スーパービジョンの  経験 | スーパーバイザーとしての経験（□有　□無）と具体的内容 | |
| スーパーバイジーとしての経験（□有　□無）と具体的内容 | |
| スーパービジョンのテーマと理由（現時点で書ける範囲） |  | |
| 希望するスーパー  バイザー（いる場合のみ） |  | |
| 自己紹介（社会福祉士としての相談援助　実務経験等、具体的に記載してください。） |  | |
| 認定社会福祉士の  有無 | □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） | |

＊本申込書に記載された個人情報はスーパービジョンの運用以外には使用いたしません。