　　　　　　　　事務局欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付No | 振込日 | 備考 |
|  |  |  |  |

申込年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

福岡県社会福祉士会　スーパービジョン研修　申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | | | | 会員番号 |
| 申込者氏名 |  | | ㊞ | |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | |
| 性　別 | 男　　・　　女 | | | | |
| 社会福祉士登録 | 登録番号：第　　　　　　　　　号／登録年月：西暦　　　　　　　　年　　　　　　月 | | | | |
| 自宅住所  住所／Tel・Fax／  メールアドレス | 〒　　　　　　－  Tel：　　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　Fax：　　　　　　　－　　　　　　－  E-mail： 　　 @ | | | | |
| 勤務先・所属  職名 |  | | | 分野専門科目　（複数選択可）  １　高齢分野  ２　障害分野  ３　児童・家庭分野  ４　医療分野  ５　地域社会・多文化分野 | |
| 日中の連絡先  （□携帯□自宅□勤務先） | ※平日の昼間連絡が取れるところをご記載ください  　　　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　― | | | | |
| スーパービジョンの実施  □あり　・　□なし  ※直近のものから記載 | 区分 | 実施期間 | | | |
| □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 | | | |
| 第１希望  希望スーパーバイザー | 第１希望バイザー名： | | | | |
| 希望理由 | | | | |
| 第２希望  希望スーパーバイザー | 第２希望バイザー名： | | | | |
| 希望理由 | | | | |