**様式第２号**　覚書　※スーパーバイジーが認定社会福祉士取得者の場合

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| スーパービジョン実施覚書（スーパーバイザー登録番号・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　と（社会福祉士登録番号・スーパーバイジー氏名）　　　　　　　　　　　　　とは、スーパービジョン実施契約に基づき、スーパービジョンの実施に関し協議した内容について、下記のとおり確認する。なお、下記の事項については、双方の合意の上、変更することがあり得る。

|  |  |
| --- | --- |
| 課題・テーマ |  |
| 契約期間（１年間） | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日（原則１年間とする。同一期間における複数契約は認められません） |
| 回数（６回以上） | （認定社会福祉士制度のスーパービジョン実績となる設定とする） |
| 時間 | （深夜には行わない） |
| 場所 | （個人情報保護の観点から守秘義務が遵守できない場所では行わない） |
| 実施費用（経費）と負担の方法 |  |
| 謝金と支払いの方法 |  |
| スーパーバイザーへの連絡方法 | □　固定電話　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　ファックス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　携帯電話　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　e-mail　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| スーパーバイジーへの連絡方法 | □　固定電話　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　ファックス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　携帯電話　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　e-mail　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

スーパービジョンの円滑な実施のために、下記の留意事項について遵守します。スーパービジョンの実施に当たっての留意事項

|  |
| --- |
| １．スーパービジョンを円滑に実施するために、スーパーバイジーは事前の準備を必ず行います。２．お互いのプライバシーを尊重します。３．各種のハラスメントは行いません。４．同意・強制を問わず性的行動・性的接触は行いません。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　　年　　　月　　　日（スーパーバイザー）　甲　住所　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印（スーパーバイジー）乙　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 |