

# 申込締切:平成 30 年 8 月 17 日(金)15 時

福祉研修センター 宛

FAX : 045-313-0737

TEL : 045-311-1429 (月~金 8:30~17:15)

(注) FAX送信時は、今一度、番号をお確かめの上、おかけ間違いのないようご注意願います。また、送信後は必ず事務局に電話で送受信の確認をしてください。

事務局記入欄

TEL 確認日時:	月 日	受付 NO
	時 分	
施設コード ( )		
県社協施設会員: 会員 ・ 非会員		

## 平成 30 年度スーパーバイザー研修 受講申込書

### ◆施設情報

平成 30 年 月 日

施設名 (事業所種別)	( )	法人名	
所在地	〒		
	TEL :	FAX :	
フリガナ 研修担当(記入)者氏名			

### ◆受講者情報

優先順位	フリガナ			受講者 ID	※②
※①	受講者氏名	姓	名	職種コード	※③
	性別	男性 ・ 女性		現職場入職年月	西暦 年 月
	生年月日	西暦 年 月 日		福祉職経験年数	年 ヶ月
現職場における階層	中堅職員 ・ チームリーダー ・ 管理職 ・ その他 ( )				

### ◆受講動機を受講申込者ご本人が記入してください。※必須

### ◆スーパービジョンの経験 ※該当するものに○をつけてください。受講可否には関係ありません。

- ① スーパービジョンを受けたことはありますか? ( ある ・ ない ・ わからない )  
② スーパービジョンをしたことはありますか? ( ある ・ ない ・ わからない )  
③ ②で「ある」と答えた方——スーパービジョンを行う頻度を教えてください。  
( 日常的に ・ 年に数回 ・ 数回行ったのみ ・ その他[ ] )

### ◆所属長からの推薦文 ※必須

(記入者氏名: )

※① 2名以上お申込みの場合は、優先順位をご記入の上この申込書をコピーしてお使いください。

※② 受講者 ID 欄は、ID カードをお持ちの方のみご記入ください。

※③ 職種コードは裏面を参照してください。

<表 職種コード>

職種 CODE	職種	職種 CODE	職種
4 1	理事長	5 6	栄養士（管理栄養士を含む）
4 2	理事長以外の役員	5 7	看護職員（看護師・准看護師）
4 3	施設長	5 8	医師
4 4	副施設長	5 9	ホームヘルパー
4 5	主任生活相談員・主任指導員・主任児童指導員	6 0	理学療法士・作業療法士・臨床心理士等
4 6	生活相談員・指導員・児童指導員	6 1	保健師
4 7	主任介護職員・主任生活相談員	6 2	厚生員
4 8	介護職員・生活支援員	6 3	管理人
4 9	主任保育士	6 4	介助員
5 0	保育士	6 5	介護支援専門員
5 1	事務長	6 6	サービス提供責任者
5 2	事務職員	6 7	サービス管理責任者
5 3	相談員（MS、PSを含む）	6 8	相談支援専門員
5 5	調理員	6 9	その他

**個人情報の利用目的**

本研修事業にあたり、受講者の選定及び通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を利用します。受講決定者においては研修の効果的な実施に資するため、研修講師に情報提供を行うほか、受講者の相互交流のため、受講者氏名・所属について情報提供を行います。