

スーパービジョンを深めよう！

スーパービジョンⅡ研修

日程：2018年 **1月27日(土)~28日(日)**

会場：LMJ東京研修センター（東京都文京区）

| | 時間 | テーマ | 講師 |
|---------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 1 日目 | 10:30~ | オリエンテーション | |
| | 10:40~15:10 (途中昼食休憩あり) | 〔講義/演習〕 ソーシャルワーク業務の内容・役割の理解 | 渡辺 裕一 氏 (武蔵野大学教授) |
| | 15:20~17:20 | 〔講義〕スーパービジョンの基礎的理解 | 高野 八千代 氏 (社福)南魚沼福祉会) |
| | 17:30~18:30 | 〔講義〕スーパービジョンの実際 | 中田 雅章 氏 (中田社会福祉士事務所) |
| 2 日目 | 9:00~12:00 | 〔演習〕スーパービジョンの実際 | |
| | 13:00~16:30 (途中休憩あり) | 〔講義/演習〕人材育成のためのプログラム作成 | |
| | 16:30~16:40 | 閉会 | |

研修単位

本研修は認定社会福祉士認証・認定機構に認証された研修です。

単位数：1単位 研修認証番号：20160003

認証科目：共通専門/サービス管理・人材育成・経営系科目群Ⅰ/人材育成系科目Ⅰ

受講費・定員

受講費：会員20,000円 / 会員以外30,000円

受講定員：50名

受講要件

次の①~④の全てを満たす者

①社会福祉士であり、以下の(1)~(3)のいずれかの要件を満たす者

(1)基礎研修Ⅲを修了した者 (2)旧生涯研修制度の共通研修課程を1回以上修了した者

(3)認定社会福祉士認証・認定機構に、スーパーバイザーとして登録されている者

②社会福祉士取得後実務経験が3年以上ある者

③事前課題（ソーシャルワーク業務振り返りシート等）の提出ができる者

④過去にスーパーバイザー経験がある者

申込締切

2017年12月15日(金) ※郵便は消印有効、FAX、e-mailは必着

【問合せ先及び申込先】 (公社)日本社会福祉士会 生涯研修センター
〒160-0004 東京都新宿区四谷1-13 カタオカビル2F
TEL:03-3355-6541 FAX:03-3355-6543

※本研修の詳細は、本会ホームページに掲載している開催要項をご確認ください

<http://www.jacsw.or.jp/ShogaiCenter/kensyu/honkai/senmon/index.html>

スーパービジョンⅡ研修 受講申込書

下記のとおり申し込みます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| (ふりがな) 1. 氏名 (性別) | (ふりがな) | | |
| | 氏名 (男 ・ 女) | | |
| 2. 送付先住所および日中連絡先 ※送付先が勤務先の場合のみ、 勤務先名もご記入ください | 住所 | 〒 | |
| | 勤務先名 | | |
| | 電話番号 | | FAX |
| | E-mail | | |
| 3. 会員番号・所属都道府県士会名 ※都道府県士会会員／会員以外どちらかに○をつけ、 各欄にご記入ください。(会員番号は日本社会福祉士 会が発行した会員番号を御記入ください) | 都道府県社会福 社士会会員 | | 会員番号 () |
| | 会員以外 | | 所属都道府県士会名 () 所属職能団体 (所属がある場合のみ) () |
| 4. 実務経験 ※社会福祉士取得後の実務経験が3年以上あることが 必要です現在の勤務先を一番上に、最近のものから 記載してください。 | 勤務先名 | | 勤務期間 |
| | | | 年 月 |
| | | | 年 月 |
| | | | 年 月 |
| | 合計 | | 年 月 |
| 5. 社会福祉士登録番号 ※都道府県士会に所属していない社会福祉士のみ | (社会福祉士登録証のコピーを添付してください) | | |
| 6. 受講者名簿への記載 | <input type="checkbox"/> 記載しない ※「受講者名簿」には、受講者番号、氏名、都道府県士会名、勤務先を掲載し受講者へ配布します。 「掲載しない」をチェックされた方は、受講者番号のみの掲載となります。 | | |
| 7. スーパービジョンについて ※少なくともどちらか一方が「ある」であること | 社会福祉士からの助言・指導をうけたことが | | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| | スーパーバイザー経験 | | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| 8. 研修実績について ※一つ以上に☑が付くこと | <input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅲを修了している <input type="checkbox"/> 旧生涯研修制度の共通研修課程を1回以上修了している <input type="checkbox"/> 認定社会福祉士認証・認定機構にスーパーバイザーとして 登録されている | | |
| 9. 懇親会への参加希望 | <input type="checkbox"/> 参加する (4, 000円) (※参加人数により開催しない場合があります) | | |
| 10. キャンセル待ち (希望する場合はチェックしてください) | <input type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します。 | | |
| 11. 備考 (参加にあたって特に配慮を要すること などがあればご記入ください) | | | |

注1：お預かりした個人情報、当研修会の運営目的以外には使用いたしません。 注2：受講者が少数の場合には研修を開催しないことがありますのでご了承ください。 注3：申込書の控えをお持ちください。

【自然災害による中止】自然災害発生によりやむを得ず研修会を中止する場合があります。判断基準等は本会ホームページ (URL: <http://www.jacsw.or.jp/ShogaiCenter/kaisai.php?>) をご参照ください。中止の場合、受講料返金はいりませんのでご了承ください。