

事務局欄

受付NO.

聖学院大学 人間福祉スーパービジョンセンター

## 受 講 申 込 書

受講希望者  
証明写真貼付

縦4.0cm×横3.0cm

ピア・スーパービジョン  
を申し込む場合は  
写真は不要です。

参加したい プログラム (□に✓を 記入)	<input type="checkbox"/> 個別スーパービジョン	希望スーパーバイザー [	]
	<input type="checkbox"/> グループスーパービジョン	スーパーバイザー: 柏木昭聖学院大学総合研究所名誉教授	
	<input type="checkbox"/> スーパーバイザー支援制度	希望スーパーバイザー [	]
	<input type="checkbox"/> 研修交流会 (ピアスーパービジョン) ⇒写真不要、詳細はHP等で別途案内する		

フリガナ		受講者性別	男	・	女
受講者 氏名		受講者 生年月日	19	年	月 日
受講者 住所	〒	受講者TEL			
		受講者FAX			
受講者 e-mail					

聖学院大学 卒業生	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他	学籍番号 (卒業生のみ)	
--------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------	--

所属 機関名		職名	
所属機関所 在地	〒	所属機関TEL	
		所属機関FAX	

主な職歴	期 間 (西暦・下二桁)	勤務先 (事業所名、所属科名等)	職務内容
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
対人援助職の経験年数 (2011年3月31日現在) 合計 _____ 年 _____ ヶ月			

主な資格	取得年月日	免許・資格
	年 月	
	年 月	
	年 月	
スーパービジョン参加 申込の動機・理由		
現在仕事の上で困っていること		
スーパービジョンに期待をしていること		

\* 個別スーパービジョンをお申込みの方へ

①ご希望のスーパーバイザーを指定される場合

スーパーバイザーより直接ご連絡をいたします。日程、場所、開催の頻度等についてはあなたのご希望にそって相談をしていただきます。

②スーパーバイザーの指定がない場合

まず受付担当スーパーバイザーがお会いして、あなたがスーパービジョンに求めていることなどをお聞きしたうえで、適任のスーパーバイザーをご提案します。ご了解いただければ、スーパーバイザーと直接連絡をとっていただけるようおつなぎいたします。その後は日程や場所等は直接スーパーバイザーとお決めいただき実施となります。

③お支払いについて

銀行振込でお願いします。請求書をお送りいたします。

\* グループスーパービジョンをお申込みの方へ

①スーパーバイザーについて

スーパーバイザーは柏木昭教授（聖学院大学総合研究所名誉教授）です。

②参加申込とグループの進行について

基本的にはクローズドのグループで実施します。原則として通年参加となります。

③お支払いについて

お支払いは年間払いで、前納でお願いいたします。請求書をお送りいたします。