

受講希望者
証明写真貼付

縦4.0cm×横3.0cm

事務局欄

受付NO.

受講申込書

参加したい プログラム (✓を記入)	<input type="checkbox"/> 個別スーパービジョン 希望スパーバイザー〔 〕
	<input type="checkbox"/> グループスーパービジョン
	<input type="checkbox"/> スーパーバイザー支援制度 希望スパーバイザー〔 〕
	<input type="checkbox"/> 研修交流会(ピアスーパービジョン) ⇒ 写真不要、電話・メール等での申込も可

フリガナ		受講者性別	男 ・ 女
受講者 氏名		受講者 生年月日	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(申込み現在)		合計	年 月	

主な資格	取得年月日	免許・資格
	年 月	
	年 月	
	年 月	
申込みの 動機・理由		
仕事上で 困っていること		
スーパー ビジョンに 期待している 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、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。

その後の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

お問い合わせください。

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1年を通して参加いただきます。

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。