

事務局欄

受付NO.

受講申込書

写真貼付のこと

申込書と別に
ファイル添付も
可。

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	希望スーパーバイザー〔	〕
	<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〔	〕

フリガナ		受講者性別	男 ・ 女 ・ 他
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			

主な資格	取得年月日	免許・資格
	年 月	
	年 月	
	年 月	

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)	勤務先 (事業所名、所属部署名等)	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
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			

Ver 202503

*** 個別スーパービジョン/スーパーバイザー支援制度をお申込みの方へ**

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します。日程、場所、開催の頻度等についてはご希望にそって相談させていただきます。

②スーパーバイザーの指定がない場合

受付担当スーパーバイザーが、受講申込書をもとに、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。各金額については、HPを参照ください。

*** 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

当センターのスーパーバイザーが担当します。募集の際、担当者をご案内する予定です。

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。原則として全回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。

お預かりした個人情報、個人情報保護法に基づき管理いたします。

お申込みいただいた会の運営・実施および聖学院大学主催のシンポジウム・講座の案内に利用させていただきます。

ご不明な点がございましたら、聖学院大学総合研究所・人間福祉スーパービジョンセンター（事務：研究支援課）までご連絡ください。（電話：048-725-5524、e-mail:research@seigakuin-univ.ac.jp）