

兵庫県社会福祉士会 生涯研修センター主催 2023年度「スーパービジョン開講」要綱

2月20日確定版

基礎研修は、2012年度より、公益社団法人日本社会福祉士会の生涯研修制度の基礎研修課程として、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲと3段階（各段階1年、3段階を6年以内で）を修了する総合的な研修体系となっています。この研修は社会福祉士資格取得後の最初の入門研修であり、社会福祉士として基本的な知識や援助技術、ソーシャルワークの価値の基本を学ぶ必須研修として開催しております。

また、社会福祉士の資格取得後、高度な知識と卓越した技術を用いて、個別支援や他職種との連携、地域福祉の増進を行う能力を有する社会福祉士のキャリアアップを支援する仕組みとして、実践力を認定する「認定社会福祉士制度」を制定しています。兵庫県社会福祉士会では、認定社会福祉士を目指される方のために、登録スーパーバイザーとのマッチングとスーパービジョン開講を支援しています。

本会が行うスーパービジョンを1年間に6回受けることで、日本社会福祉士会生涯研修制度のスーパービジョン実績2単位となります。

「認定社会福祉士認証・認定機構」に登録されているスーパーバイザーには6つの区分があります。

第1号 認定上級社会福祉士

第2号 認定社会福祉士の更新者

第3号 認定上級社会福祉士に準じる者

第4号（1） 社会福祉士

第4号（2） 施設機関等において職員のスーパービジョンを担当している者

第4号（3） 教員等でスーパーバイザーとして豊富な経験と実績のある者

本会主催のスーパービジョンは、「第4号（1）」のうち、兵庫県社会福祉士会が連絡先となっているスーパーバイザーによるもののみです。

本会主催のスーパービジョンを希望される方は以下の手続きに従ってお申し込みください。

1. 受講条件【スーパービジョンを受けることのできる方は、次の条件をすべて満たしている方です】

- 申し込み時点で基礎研修Ⅲを修了している方
- 認定社会福祉士取得を希望する方
- 事前面談（必ず対面で）、スーパービジョン6回、総括面談を実施期間内（1年間）に受けることのできる方
- スーパーバイザーと調整した日程・場所（オンラインでも可）でスーパービジョンを受けることができる方
- 本会とスーパーバイザーとの三者間で「スーパービジョン実施契約書」を取り交わすことができる方
- 所定の受講料を前納できる方
- 事前面談の前のオリエンテーションに参加できる方（初回受講者のみ）
- メール添付で受講申込書と記入済み自己チェックシートを提出できる方

2. 実施場所 兵庫県福祉センター内相談室や、ZOOM 等によるオンライン

3. 主催 一般社団法人兵庫県社会福祉士会 生涯研修センター

4. 実施期間 2023年の「スーパービジョン契約締結」から1ヵ年（契約をして終了するまで）

5. 受講オリエンテーション

（1）初回受講者対象

「2023年度受講オリエンテーション参加申込書（4/15締め切り）」を原則メールでお送りいただき、下記日程のいずれかの受講オリエンテーションに参加してください。また、下記の日程が難しい場合は個別に対応しますので、4月15日（土）までにメールで連絡ください。

（受講オリエンテーション日程）

①4月18日（火）19：00～20：30

②4月22日（土）10：30～12：00

③4月22日（土）13：30～15：00

兵庫県福祉センター内で会場を設定します。当日本会事務局前に会場を掲示します。

兵庫県福祉センター内の会場は個別にお知らせします。

（2）2回目以降受講者対象

「2023年度スーパービジョン開講詳細情報請求書」を、4月22日（土）までに原則メールで事務局にお送りください。

6. 受講料 55,000円

事前面談1回（必ず対面で実施）、6回分のスーパーバイザー謝礼、総括面談1回のスーパーバイザー謝礼、スーパーバイザー交通費および事務費を含みます。スーパーバイザーの交通費は、各自負担してください。受講決定が出てから改めて支払い手続きについてご案内します。

7. 申し込み方法

下記書類2点を作成し、本会事務局までメール添付で提出してください。

①「2023年度スーパービジョン受講申込書（兵庫県版）」

②「様式第1号スーパーバイザーの自己チェックシート」

（※「様式第1号スーパーバイザーの自己チェックシート」は、<認定社会福祉士認証・認定機構HP>よりダウンロードしてください。）

<認定社会福祉士認証・認定機構HP>→<スーパービジョン実績とは>→<スーパービジョンの手順及び使用する様式>→<スーパービジョンで使用する様式はこちら>→「様式第1号スーパーバイザーの自己チェックシート」

8. 受講申込み締め切り **2023年4月29日（祝・土）**

申込書受理後本会で内容を確認し、日程等を調整のうえ受講の可否について個別にご連絡いたします。

9. 書類の提出先・問い合わせ先

兵庫県社会福祉士会事務局（担当：西野）

TEL：078-265-1330 FAX：078-265-1340 E-mail：entry@hacsw.or.jp

別紙資料 【兵庫県社会福祉士会主催「2023年度スーパービジョン開講」申込み手順】

（「認定社会福祉士制度スーパービジョン実施マニュアル～スーパーバイザー用～」、「スーパーバイザーリスト」は、認定社会福祉士認証・認定機構HPであらかじめ確認してください。）

2023 年度兵庫県社会福祉士会スーパービジョン開講 オリエンテーション参加申込書 4月15日必着

本会でのスーパービジョンを初めて受講する方のみ

本紙の内容を原則メール（添付ファイル）で送ってください。

オリエンテーション時に、「2023 年度スーパービジョン開講スケジュール」と「スーパーバイザー略歴」をお渡しします。 事務局 Mail: entry@hacsw.or.jp fax : 078-265-1340

(ふりがな) 受講者氏名	()									
連絡先 ・Tel(平日の昼間連絡 が取れるところ) ・E-mail (添付ファイ ルの見られるアド レス) は必須	Tel : ()-()-() Fax : ()-()-() E-mail :									
日本社会福祉士会 加入状況	会員番号 : _____ / 所属都道府県社会福祉士会名 : _____									
スーパービジョンを 受けたい課題・テーマ (現時点の書ける範 囲で結構です)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">課題・テーマ</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">選択した理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	課題・テーマ	選択した理由							
課題・テーマ	選択した理由									
受講オリエンテーシ ョン希望参加日時 (会場は兵庫県福祉 センターのみです) ①～⑤の中で、参加可 能な日時に○を付け てください(複数 可))。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 80%;">4月18日(火) 19:00~20:30</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>②</td> <td>4月22日(土) 10:30~12:00</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>③</td> <td>4月22日(土) 13:30~15:00</td> </tr> </tbody> </table> <p>(上記以外の日時要望はこちらにご記入ください)</p>		①	4月18日(火) 19:00~20:30		②	4月22日(土) 10:30~12:00		③	4月22日(土) 13:30~15:00
	①	4月18日(火) 19:00~20:30								
	②	4月22日(土) 10:30~12:00								
	③	4月22日(土) 13:30~15:00								
その他要望 ・質問など										

※本申込書に記載された個人情報はスーパーバイザーとの連絡調整等、スーパービジョンの運営以外には使用いたしません。

2023 年度兵庫県社会福祉士会 スーパービジョン開講 詳細情報請求書 4月22日締切

本会でのスーパービジョンが初回でない方用の書式です。

スーパービジョン受講が2回目以降の方は、本紙の内容を
メール添付で事務局にお送りください。

事務局より「2023年度SV開講スケジュール」と
「スーパーバイザー略歴」をメールで提供します。

事務局 Mail: entry@hacsw.or.jp fax: 078-265-1340

(ふりがな)	()	
受講者氏名		
連絡先		
•Tel(平日の昼間連絡 が取れるところ)	Tel:()-()-()	
•E-mail(添付ファイ ルの見られるアド レス)は必須	Fax:()-()-()	
	E-mail:	
日本社会福祉士会 加入状況	会員番号:	/所属都道府県社会福祉士会名:
スーパービジョンを 受けたい課題・テーマ	課題・テーマ	選択した理由
(現時点の書ける範 囲で結構です)		
スーパーバイザーに 希望する事項 (性別・活動分野等)		
その他要望 ・質問など		

※本申込書に記載された個人情報はスーパーバイザーとの連絡調整等、スーパービジョンの運営以外には
使用いたしません。

2023 年度兵庫県社会福祉士会 スーパービジョン開講申込書（締切 4 月 29 日）

記入済み「スーパーバイザーの自己チェックシート」とともにメール添付で提出してください

申込年月日	西暦 年 月 日			
(ふりがな) 申請者氏名	()			
生年月日 (満年齢)	西暦 年 月 日 (歳)			
勤務先・所属職名				
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 平日の昼間連絡が取れる ところを記載のこと	〒 - Tel: ()-()-() Fax: ()-()-() E-mail:			
日本社会福祉士会 加入状況	会員番号: /所属都道府県社会福祉士会名:			
社会福祉士として (社会福祉士資格取 得後)の相談援助実 務経験年数 <u>直近のものから記載</u>	勤務先名	職種	勤務期間	勤務年数(日数)
			年 カ月	日
			年 カ月	日
			年 カ月	日
			年 カ月	日
	合 計		年 カ月	日
スーパービジョン の学習経験 <u>直近のものから記載</u>	研修名		実施主体 (機関団体名)	受講年月
スーパービジョンの 実施実績 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <u>直近のものから記載</u>	区分	実施期間		相手の氏名
	<input type="checkbox"/> バイザー/ <input type="checkbox"/> バイザー	年 月～ 年 月		
	<input type="checkbox"/> バイザー/ <input type="checkbox"/> バイザー	年 月～ 年 月		
	<input type="checkbox"/> バイザー/ <input type="checkbox"/> バイザー	年 月～ 年 月		
	<input type="checkbox"/> バイザー/ <input type="checkbox"/> バイザー	年 月～ 年 月		
<input type="checkbox"/> バイザー/ <input type="checkbox"/> バイザー	年 月～ 年 月			

	課題・テーマ	選択した理由
スーパービジョンを受けたい課題・テーマ		
希望するスーパーバイザーとの事前面談希望日（原則5～6月に事前面談を行うこと）	第一希望【SV氏名】 （「2023年度スーパービジョン開講スケジュール」より月日・講時を選んでください） ●第1希望 月 日（ ） 第 講時 ●第2希望 月 日（ ） 第 講時 ●第3希望 月 日（ ） 第 講時 ○特記	
必ずスーパーバイザー第三希望までと、それぞれのスーパーバイザーとの事前面談希望日を第3希望まで記入してください。	第二希望【SV氏名】 ●第1希望 月 日（ ） 第 講時 ●第2希望 月 日（ ） 第 講時 ●第3希望 月 日（ ） 第 講時 ○特記	
	第三希望【SV氏名】 ●第1希望 月 日（ ） 第 講時 ●第2希望 月 日（ ） 第 講時 ●第3希望 月 日（ ） 第 講時 ○特記	

※本申込書に記載された個人情報はスーパーバイザーとの連絡調整等、スーパービジョンの運用以外には使用いたしません。※欄が不足する場合は、適宜広げて記載をしてください。

*事務局記載欄 基礎研修Ⅲ修了確認 ⇒ (年度修了)

受入れについて <input type="checkbox"/> 諾 ・ <input type="checkbox"/> 否	

【兵庫県社会福祉士会主催「2023年度スーパービジョン開講」申込み手順】

