**「2019年度実習スーパービジョン研修会」参加申込書**

**≪送信先≫　（FAX：011-563-7229　協会事務所　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 連絡先（希望ツール） | ①TEL　　　②FAX　　　　③E－Mail |
| MSWとしての経験年数 | 　　　　　　　　　年　　　　ヶ月 |
| 単位実習受入の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 有　・　無 |
| 認定社会福祉士実習指導者資格　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 有　・　無 |

※臨床参加型実習に向け実習スーパービジョンで困る点やこれから取り入れるにあたり不安なことなど、皆さんと共有したい点をご記載して下さい。当日のグループワークのテーマとして取り上げたいと思います。よろしくお願いします。

例）他のスーパーバイザーは実習生に面接させてるみたいだけど．．．どうしたらよいか知りたい。

≪お問合わせ先≫【勤医協札幌病院　藤田宛】

**TEL: 011－811－2246**