



**FAX 06-6764-7839 スーパービジョン利用申込書**

私は、一般社団法人大阪精神保健福祉士協会の「スーパービジョンこれから普及プロジェクト」の目的に賛同し、以下の通りスーパーバイザーとして、スーパービジョンの利用を申し込みます。

(ふりがな) 名 前		年 齢	
所属機関			
所属機関の連絡先  (自宅に連絡希望の方は、 自宅をお書きください)	住所：		( 職場・自宅 )
	優先 順位	電話：	( 職場・自宅 )
		メール：	.....@.....
最寄駅 (〇〇線△△駅)	職場：	自宅：	

職歴 (記入できる範囲で お書きください)	(PSW の通算経験年数： 年)
所持している主な資格	
所属している専門職団体	
所属している学会等	
SV の経験歴	なし あり
希望する SVR	(性別・年齢など)
SV 申し込み動機・理由 と SV に期待すること	
現在、仕事上で 困っていること	

注) 上記個人情報及び記載事項は、スーパービジョンこれから普及プロジェクトの運営のみに使用いたします。

また、SVR とのマッチングをする際に情報として登録 SVR が閲覧する場合があります。

[協会使用欄]

受信日： 年 月 日