



スーパービジョン利用申込書 **FAX 06-6764-7839**

私は、一般社団法人大阪精神保健福祉士協会の「スーパービジョン推進委員会」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、スーパービジョン推進委員会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