

平成 25 年度 スーパーバイザー養成講座 実施要領

1. 目的 社会福祉実践の質的向上及び現場職員の資質向上をめざして、福祉の現場でスーパービジョンを実践できる人材を養成する。
2. 受講対象 下記①～③すべてに該当する方。
①大阪市内の社会福祉施設・機関に勤務し、職場においてスーパーバイザーの役割を果たす立場にある方や、その立場になる予定の方。
②実践事例を活用(提出)することがあるので、所属長からの推薦があること。
③5日間の全日程に参加できること。
3. 講座日程 平成 25 年 8 月 26 日 (月)、9 月 9 日 (月)、11 月 14 日 (木)
平成 26 年 1 月 28 日 (火)、2 月 4 日 (火)
いずれも午前 10 時～午後 5 時
4. 会場 大阪市社会福祉研修・情報センター 5 階 講座室 2
5. 内容 スーパーバイザーに必要な理論及び技術の習得及び各自の実践に基づく演習等。
6. 講師 桃山学院大学 非常勤講師 塩田祥子
7. 定員 12 人 (基準により選考する。)
8. 受講料 10,000 円
9. 申込方法 受講申込・推薦書 (別紙) およびレポートを下記申込先に郵送または持参してください。
*レポートのテーマ『講座を受ける動機について』
・A4用紙で800字以上1200字以内
・横書き、パソコン・手書き両方可
・1枚目の1行目に『タイトル』、2行目に『所属・施設名と名前 (フルネーム)』
10. 申込締切 平成 25 年 7 月 12 日 (金) 必着
12. 受講決定 7 月下旬に「受講決定通知書」を所属長あてに送付します。
13. 申込先 大阪市社会福祉研修・情報センター 企画研修担当
〒557-0024 大阪市西成区出城 2-5-20
TEL 06-4392-8201 Fax 06-4392-8272

◆受講申込・推薦書◆

送付先：大阪社会福祉研修・情報センター 企画研修担当

研修名：スーパーバイザー養成講座（締切 7月12日 午後5時）

記入者名:

法人名	
勤務先名	
所属長	印

下記の者の受講を推薦し、申し込みます。

勤務先種別	(記入例：特別養護老人ホーム、児童養護施設、救護施設、法人本部など)				
加入している連盟	番号	①大阪市児童福祉施設連盟 ②大阪市保育所連合会 ③大阪市老人福祉施設連盟 ④大阪市生活保護施設連盟 ⑤大阪市地域福祉施設協議会 ⑥大阪市障害児・者施設連絡協議会			
連絡先	〒		所在地		
電話番号				FAX番号	
受講希望者名	ふりがな			年齢	歳
*大きく正確にご記入ください。				性別	男 ・ 女
職種	番号	①相談員、支援員 ②介護支援専門員 ③介護職員 ④保育士 ⑤保健師、看護師 ⑥事務職、管理職 ⑦その他()		役職	(記入例：主任、係長、チーフ、なし)
福祉業務経験年数 *積算基準日 平成25年7月1日	年 月 日		現在の職種経験年数 *積算基準日 平成25年7月1日	年 月 日	

備考欄（車いす使用の方、拡大文字資料、手話通訳等を必要とする方はその旨、ご記入ください。）

*提供していただきました個人情報は、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。

◆レポート作成要領◆

1. 講座をうける受講動機について、800～1200字以内で記述してください。(厳守)
2. A4判用紙に横書き。文書末尾にタイトルや名前などは含まない文字数を(字)と記入。(例 936文字)
3. パソコン作成・手書き両方可。ワードの場合は11pt。
4. 1枚目1行目に「スーパーバイザー養成講座 受講動機について」、2行目に「勤務先名・役職名・名前(フルネーム)」を記入。
5. 複数ページになるときは、下段中央にページ番号を記入。