

社団法人日本産業カウンセラー協会

支部

e-mail:

FAX

スーパービジョンの申込み・受諾確認・実施確認

下記の通りスーパービジョンを申込みます。

____年 ____月 ____日

1
申込み

ふりがな

氏名

会員登録番号

性別 男・女

住所 〒

連絡先 電話

-

-

FAX

-

-

e-mail

ご希望の方法

*グループスーパービジョンご希望の場合にも、各自でお申込みください。

 個人スーパービジョン グループスーパービジョン(代表者氏名 _____)

ご希望のスーパーバイザー (了解・未了解)

*バイザー未了解の場合には、第2希望まで記入してください。

① _____

② _____

ご希望の日時・会場

____年

____月

____日

____時から

(

____)支部会議室(地域事務所)

了解・未了解

申込者ご自身で手配

会場名

電話番号

2
受諾

<スーパービジョンの受諾> スーパービジョンが受諾されました。

____年

____月

____日

____スーパーバイザー氏名

資料送付先 〒

連絡先 電話

-

-

e-mail

3
実施

<実施確認> スーパービジョンを実施しました。

____年

____月

____日

____スーパーバイザーの署名または捺印

<備考>