

# 2019年度 受講願書

※「力動的スーパービジョン・研究指導」、「臨床スーパービジョン・研究指導」を受講希望の方は、「研究計画書」も併せて提出して下さい。

日本福祉教育専門学校  
精神保健福祉研究科（夜間）（附帯教育）

※受付年月日	年 月 日
※受付番号	

フリガナ		作成年月日		性別	証明写真
氏名		年 月 日			3×4cm 上半身脱帽の写真を貼付(写真裏面に氏名を記入した後、前面にのり付けのこと)
生年月日		年 月 日			
現住所		〒 —			
電話番号		自宅 ( )		携帯電話 ( )	
勤務先		所在地(都道府県・市町村まで) 名称 職名			
学歴 ※高等学校卒業以降記入。卒業生の方は、本校も含めご記入下さい。		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
職歴		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
取得資格		年 月			
		年 月			
		年 月			
受講希望科目及び指導希望講師にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> A1「力動的スーパービジョン・研究指導(坂野)」 <input type="checkbox"/> A2「文献購読(坂野)」 <input type="checkbox"/> A3「文献購読(行成)」 <input type="checkbox"/> B1「臨床スーパービジョン・研究指導(行成)」					※確認印

※「力動的スーパービジョン」、「臨床スーパービジョン・研究指導」希望の方は研究計画書もご記入ください。

※印は学校記入欄

【個人情報の扱いについて】

受講願書に記載された皆様の個人情報は、受講決定通知・受講許可証の送付、受講関連資料の送付、または電話での確認等に使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはいたしません。

# 研究計画書

年 月 日

※「力動的スーパービジョン・研究指導（坂野）」および「臨床スーパービジョン・研究指導（行成）」を受講希望の方は、受講願書と併せて記入してください。

研究テーマ	所属
	氏名
研究計画（800字以内 別紙に印字したものを貼付しても可）	
指導教員 受講する科目に チェックをして 下さい。	<input type="checkbox"/> 「力動的スーパービジョン・研究指導」 坂野 憲司 先生 <input type="checkbox"/> 「臨床スーパービジョン・研究指導」 行成 裕一郎 先生