スーパービジョン経験報告書

1－1．スーパーバイジー経験（個人）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| スーパーバイザー名（資格\*1） | ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝを受けた期間（　年　月～　年　月） | 頻度 | 事例（年代・性別） | 主訴（診断名\*2） |
| （例）　○○　○○（臨床心理士・医師） | 2007年10月～2009年2月 | 2週間に1回 | 10代・男性10代・女性 | ・朝起きられず、学校に行けない（適応障害）・抜毛がある |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※ スーパーバイザー1名につき、1つの欄を使用して下さい。

\*1 資格がある場合には、書いて下さい（複数可）。臨床心理士、医師、学会認定のスーパーバイザーの資格など。

\*2診断名がない場合は、記載する必要はありません。

1－2．スーパーバイジー経験（定期的な研究会、集団検討会等での参加実績及び発表実績）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 研究会名 | 参加期間（　年　月～　年　月） | 頻度 | スーパーバイザー名（所属名） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発表事例（年代・性別）※ | 主訴（診断名\*） | 事例実践期間（　年　月～　年　月） | 事例実践機関名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※発表事例の前に発表した研究会名の番号をつけて下さい。（例：②20代・男性）

\*診断名がない場合は、記載する必要はありません。

上記のとおり相違ありません。

　　年　　月　　日

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印