

## 受講申込書（ベーシックコース）

フリガナ(ローマ字) *1		希望コース *2	A(座学のみ) ・ B(座学+実務研修)
名 前 *3		男・女	( ) 歳
所 属	法人・団体等: 施設・学校等:		
職 種	生活介護・就労支援・相談支援・教育・その他( )		
資 格			
連 絡 先 *4	<input type="checkbox"/> 職 場	<input type="checkbox"/> 自 宅	
	〒	〒	
	TEL: FAX: E-mail:	TEL: FAX: E-mail:	
職歴等			
受講理由	<p>【発達障害支援の基礎知識の習得・向上】 具体的に:</p> <p>【発達障害支援の技能の習得・向上】 具体的に:</p> <p>【その他】 具体的に:</p>		
修了書 *5	希望する・希望しない (希望される方は、報告書の作成・提出が必要です。)		
備 考			

※Aコース(座学のみ)受講を希望される方は、\*1, \*2, \*3, \*4, \*5 以外の記入は任意です。

\*1:eラーニングの受信アカウント発行に必要です。必ずローマ字表記で記入してください。

\*2:Bコース(座学+実務研修)受講を希望される方は、推薦状(別紙)をご提出ください。

\*4:主な連絡先を☑してご記入ください。連絡方法は原則メールでお願いします。職場を希望される方は、所属もご記入ください。

## 受講申込書 (アドバンスコース)

フリガナ(ローマ字)		演習希望 *1	対面 ・ オンライン
名前		男・女	( ) 歳
所属	法人・団体等: 施設・学校等:		
職種	生活介護・就労支援・相談支援・教育・その他( )		
資格			
連絡先 *2	<input type="checkbox"/> 職場	<input type="checkbox"/> 自宅	
	〒	〒	
	TEL:	TEL:	
	FAX: E-mail:	FAX: E-mail:	
職歴等			
受講理由 *4	<p>【スーパービジョンの基礎知識の習得・向上】 具体的に:</p> <p>【スーパービジョンの技能の習得・向上】 具体的に:</p> <p>【発達障害支援の知識・技能の向上(スーパービジョンのために必要なもの等)】 具体的に:</p> <p>【その他】 具体的に:</p>		
備考			

\*1:演習の希望形式を必ず記入してください。対面での演習の会場は東京都内です。

\*2:主な連絡先を☑してください。連絡方法は原則メールでお願いします。

## 受講推薦状

年 月 日

一般社団法人 全日本自閉症支援者協会

機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者について、発達障害支援スーパーバイザー養成研修ベーシックコース・実務研修の受講を推薦します。

氏 名	(生年月日: 年 月 日)
所属・役職等	
現所属での 主な経歴	
現在の主な 業務内容	
推 薦 理 由	

## 受講推薦状

年 月 日

一般社団法人 全日本自閉症支援者協会

機 関 名 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

代 表 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

下記の者について、発達障害支援スーパーバイザー養成研修アドバンスコースの受講を推薦します。

氏 名	(生年月日: 年 月 日)
所属・役職等	
現所属での 主な経歴	
現在の主な 業務内容	
推 薦 理 由	



SV研修・ベーシックコース（eラーニング）報告書2

氏名	
所属	
発達障害支援スーパーバイザー養成の意義①～④の講義で、印象に残ったワードをあげて、「発達障害支援スーパーバイザーとして求められること」として理解したことを簡潔にお書きください。	
① 当事者の立場から	印象に残ったワード【                                  】
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
② 家族の立場から	印象に残ったワード【                                  】
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
③ 施設支援の立場から	印象に残ったワード【                                  】
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
④ 発達障害者支援センターの立場から	印象に残ったワード【                                  】
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
上記の講義理解を踏まえて、優れたスーパーバイザーになるために、「今後研修すべきと思うこと」について、具体的にお書きください。	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

### 研修計画書(ベーシックBコース)

ふりがな		男	生 年 月 日		
名 前		・ 女	昭和 平成	年	月 日 ( )歳
所 属	法人・団体等: 施設・学校等: 部署・グループ等:				
職 種	発達支援・生活支援・就労支援・相談支援・教育・その他 ( )				
受 講 目 的 (コース全体)					
実務研修での 研修目標・課題	<b>【発達障害支援について】</b> 具体的に:          <b>【その他】</b> 具体的に:				

※ 申込み時に記入し、「実務研修での研修目標・課題」は、実務研修開始時に研修実施施設の担当者との間で確認、検討してください。

※ 受講目的(コース全体)は、ベーシックコース(座学・実無研修)を通じての目的をご記入ください。

### 実務研修考課票(ベーシックBコース)

ふりがな		受講番号	実務研修受講回数
名 前			回目
研修実施施設		受入担当者	
実習期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
研修考課	<b>【発達障害の特性理解について】</b> <input type="radio"/> 習得できた点  <input type="radio"/> 今後の研修課題		
	<b>【アセスメントについて (状態、背景、課題目標、支援方法 / 個々の行動の意図や理由他)】</b> <input type="radio"/> 習得できた点  <input type="radio"/> 今後の研修課題		
	<b>【支援について (環境調整、コミュニケーション、対人関係、発達支援、自立・自律支援、社会化に向けた支援等)】</b> <input type="radio"/> 習得できた点  <input type="radio"/> 今後の研修課題		
	<b>【その他 (チーム運営 記録類、スーパービジョン等)】</b> <input type="radio"/> 習得できた点  <input type="radio"/> 今後の研修課題		
今後の 研修計画			
受入担当者 コメント			

※ この研修考課票は、受講者ご自身の今後の研修のためのものです。体験の振り返り、整理のためにお役立てください。

※ 「受入担当者コメント」は、受講者が心に残った実務研修受け入れ担当者の言葉、お話を記入してください。





