

バイザーの情報：事業所や地域の特性、ケアマネ経験年数、実績など

氏名	( 歳)
ポジショニング	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所および地域でのあなたの立場 (管理者有無やケアマネ数など)	事業所： 主任介護支援専門員 名 介護支援専門員 名
	地域：
基礎資格および経験年数	( 年)
ケアマネ経験年数	年 月
主任ケアマネ経験年数	年 月
バイザーとしての強み・弱み	強み：  弱み：
資質向上について (直近1年) ※研究大会等での発表実績 (共同研究も含む) は直近5年まで	スーパービジョンに関する研修の参加状況 (受講した回数および研修名) _____回
	研究大会等での発表実績 (共同研究も含む。発表年も記入) _____回
	その他の研修 _____回
スーパービジョンの実践の場	地域 ・ 事業所 ・ その他 ( )
スーパービジョンの実践 ① 誰にスーパービジョンを提供したのか <input type="checkbox"/> 同一法人のケアマネ <input type="checkbox"/> 地域のケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ( )  ② スーパービジョンの回数 (直近1年) _____回 ( 定期 ・ 不定期 )	