

R2 山形県SC・教育相談員人材バンク登録申込書（兼登録票）

申込日： 年 月 日

ふりがな				性別		写真貼付 (全面糊付)	
氏名							
生年月日	年 月 日 ( 歳 ※令和2年年3月末現在)						
現住所	〒 ( ) - ( )			胸から上正面脱帽 ﾀﾞｲ4cm、ｺﾞｺ3cm (3か月以内撮影)			
	電話番号	-	-	FAX	-	-	
	携帯電話	-	-	E-mail			
資格要件 該当項目	希望職種						
	職 種	資 格 要 件				該当○	
	(1) スクールカウンセラー	①	公認心理師（第2回公認心理師試験に合格し登録見込みの者を含む）				
		②	臨床心理士（財団法人日本臨床心理士資格協定会認定）				
		③	精神科医				
		④	大学の学長、副学長、教授、准教授、常勤講師、又は助教				
	(2) スクールカウンセラーに準ずる者	①	大学院修士課程修了で、相談業務経験1年以上				
		②	短期大学又は大学卒業で、相談業務経験5年以上				
③		医師で、相談業務経験1年以上					
(3) 教育相談員	①	教育相談の見識・資格を有する者（教育心理を修めた者、教職経験者等）					
	②	将来本県のスクールカウンセラーを目指している者					
1年以内に受講した研修	(研修名と主催者を記入)						
心理・福祉関係の資格 (所有免許等)	種 類	授与(交付)年月日	番 号	授与(交付)者名			
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
最終学歴	学 校 名	学 部 科 名 等	卒業(修了)年月日				
			年 月 日				
職(業務)歴  新  ※相談業務経験が分かるよう記述してください。  旧↓	勤務先等名称	職名及び職(業務)の内容		従事(経験)期間			
				年 月～ 年 月			
				年 月～ 年 月			
				年 月～ 年 月			
				年 月～ 年 月			
				年 月～ 年 月			
経験年数	心理業務又は児童生徒を対象とした相談業務年数 ( ) 年 (※令和2年3月末見込)						
賞罰							

※住所、電話、履歴等は、登録・選考関係の業務以外に利用することはありません。なお、携帯電話及びE-mailの欄については、できる限り記入してください。

## R 2 勤務意向調査

<記入方法> 以下の全てに記入してください。該当しないところは、「なし」と記入してください。

希望職種 (資格要件を確認のうえ、 ○を付けて下さい)	スクールカウンセラー	スクールカウンセラー に準ずる者	教育相談員
ふりがな			
氏名			
勤務可能開始日	年	月	日から
勤務可能な時間帯			
週当たり (月～金) 勤務可能な日数	1週当たり、( ) 日の勤務が可能		
勤務可能な地域	村山地域・最上地域・置賜地域・庄内地域 ※可能な地区 <u>全てに</u> ○印を付けてください。		
主たる勤務先 (病院等)			
県費以外の 勤務校	該当する箇所○を付けてください。県費以外の勤務がある場合は、勤務校を記入してください。 ( ) 県費以外の勤務校 なし ( ) 県費以外の勤務校 あり → 学校名 ( )		
自宅住所の学区 ※管内の方のみ	小学校名	中学校名	
通勤方法	自家用車 ・ 公共交通機関 (電車・バス) ・ その他 ( ) ※該当する箇所○を付けてください。その他は具体的に記入ください。		
その他 ※勤務等に関して特別な 条件や付帯事項があり ましたら、記入してくだ さい。			