

R6 山形県SC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<br>(全面糊付) |  |
| 氏名  |   |                        |                                 |                                    |   |                |  |
| 生年月日  | 年 月 日 ( 歳 ※令和6年3月末現在)                     |                        |                                 |                                    |   |                |  |
| 現住所   | 〒 ( ) - ( )                               |                        |                                 | 胸から上正面脱帽<br>径4cm、径3cm<br>(3か月以内撮影) |   |                |  |
|   | 電話番号                                      | -                      | -                               | FAX                                | - | -              |  |
|   | 携帯電話                                      | -                      | -                               | E-mail                             |   |                |  |
| 資格要件<br>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6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         |                                 |                                    |   |                |  |
| 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<br>(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<br><br>新<br><br>※相談業務経験が分かるよう記述してください。<br><br>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6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、必ず記入してください。

## R 6 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<br>(資格要件を確認のうえ、<br>○を付けて下さい)                      | <b>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</b>  |      |
| ふりがな   |   |      |
| 氏名   |   |      |
| 勤務可能開始日  | 年   | 月    |
| 勤務可能な時間帯   | 日から   |      |
| 週当たり (月～金)<br>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<br>※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<br>(病院等)  |   |      |
| 県費以外の<br>勤務校   | 該当する箇所に○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。<br>(    ) 県費以外の勤務校 なし<br>(    ) 県費以外の勤務校 あり → 学校名 (    ) |      |
| 自宅住所の学区<br>※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 (                  )<br>※該当する箇所に○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<br>※勤務等に関して特別な<br>条件や付帯事項があり<br>ましたら、記入してくだ<br>さい。 |   |      |