

R4 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4年3月末現在)					
現住所	〒 ( ) - ( )			胸から上正面脱帽 径4cm、径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4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4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。

