

受付番号

正  
準

# 平成30年度スクールカウンセラー等志願書

写真貼付欄  
40 mm×30 mm  
(全面糊付)

撮影後6ヵ月以内

写真裏面に氏名記入

(ふりがな)				性別	
氏名					
生年月日	平成 昭和	年	月	日 (満 歳)	
本籍(都道府県名のみ)					
現住所	〒			電話( ) -	
連絡先	〒			電話( ) -	
可能であれば、緊急連絡用として携帯電話番号を御記入ください。				携帯電話番号	
さしつかえなければ、e-mailアドレスを御記入ください。				pc-mail	
				携帯mail	
現在の 勤務先名	電話( ) -			職名	
	電話( ) -			職名	
	電話( ) -			職名	
卒業した大学 及び大学院等	卒業年月日	卒業学校名		部科名	
	昭和・平成	年	月	日	
	昭和・平成	年	月	日	
	昭和・平成	年	月	日	
	昭和・平成	年	月	日	
資格 (教員免許も 含む)	種類	授与あるいは取得年月日		授与権者(資格番号等)	
		昭和・平成		年	
		昭和・平成		年	
		昭和・平成		年	
		昭和・平成		年	
		昭和・平成		年	
		昭和・平成		年	
		昭和・平成		年	
論文または著書等					
希望校種別(○で囲む)	小学校	中学校	高等学校	校種を問わない	
希望地区 ※ 第一希望は◎、第二希望は○を〔 〕記入する。 どこでも可〔 〕	県北〔 〕、県中〔 〕、県南〔 〕、会津〔 〕、南会津〔 〕、相双〔 〕、いわき〔 〕				
交通手段(○で囲む)	徒歩 ・ 自転車 ・ 自家用車 ・ 電車 ・ バス				
志願理由					

注意事項

- ① 満年齢は平成30年4月1日現在とします。
- ② 日本国籍を有しない者は「本籍」欄に国籍を記入してください。
- ③ 現住所と連絡先の電話は携帯電話の番号でもかまいません。

太枠の中のみを記入する。

心理臨床業務あるいは児童生徒を対象とした相談業務に関する職歴

期 間								所属先あるいは職名
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	

上記以外の職歴

期 間								所属先あるいは職名
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	
昭和・平成	年	月	日から	昭和・平成	年	月	日まで	

賞罰

--

<p>上記のとおり相違ありません。</p>	<p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
<p>※ この欄は、必ず記入してください。 (自筆署名の場合、押印は不要)</p>	

注意 相談業務に関する職歴欄については、応募資格に係るものです。応募書類の資格を証明する書類等と一致するようにしてください。