

平成 31 年度 東京都公立学校スクールカウンセラー志願調書

記入日 平成 30 年 月 日

(新規応募者用)

写 真 タテ 4cm×ヨコ 3cm ※3 か月以内に撮影した もの ※裏面に氏名を記載	氏 名	フリガナ	性 別	生 年 月 日	
	住 所	(〒 —)		昭和 年 月 日生 平成 (歳)	
自宅最寄り駅 1		線	駅から (徒歩・バス・自転車・その他)		分
自宅最寄り駅 2		線	駅から (徒歩・バス・自転車・その他)		分
転居予定がある場合		線	駅から (徒歩・バス・自転車・その他)		分
証明書 臨床心理士 資格登録 医師免許状	登録番号		連 絡 先	自宅	()
	資格交付日	年 月 日		携帯	()
	証明発行日	年 月 日		ファクシミリ	()
	証明有効期限	年 月 日		e-mail	携帯 PC
補充任用候補者名簿への登載の希望の有無 (○で囲む)			有 無		
過去の東京都公立学校スクールカウンセラー勤務経歴 (新しい学校適応支援相談員としての勤務を含む。)					
学 校 名		在職期間			在職年月
新 ↓ 旧	立 学校	平成 年 月 ~ 年 月			年 月
	立 学校	平成 年 月 ~ 年 月			年 月
	立 学校	平成 年 月 ~ 年 月			年 月
	立 学校	平成 年 月 ~ 年 月			年 月
東京都採用以外 (他府県、東京都の区市町村) における職歴					
勤 務 先		在職期間			在職年月
新 ↓ 旧		平成 年 月 ~ 年 月			年 月
		平成 年 月 ~ 年 月			年 月
		平成 年 月 ~ 年 月			年 月
学校及び教育機関を除く心理職としての職歴		在職期間			在職年月
新 ↓ 旧		平成 年 月 ~ 年 月			年 月
		平成 年 月 ~ 年 月			年 月
		平成 年 月 ~ 年 月			年 月
1 東京都公立学校スクールカウンセラーを志望する理由について					

※ 裏面にも記入欄があります。

2 あなたがスクールカウンセラーとして勤務するに当たり、重篤化、複雑化した事案等について、学校から心理の専門家としての支援や助言を求められた時、どのように対応しますか。
(教職員や関係機関との連携も含めて、具体的な対応を記述してください。)

のりしろ

「医師免許証」の写し
又は「在職証明書」
を貼付してください。

「臨床心理士資格登録証明書」の写しを貼付してください。

(大きい場合は、のりしろに貼って、折りたたんでください。)