|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大垣市個別の知能検査スタッフ申込書　令和２年度用私は、大垣市教育委員会の個別の知能検査スタッフに申し込みます。また、この申込書の全ての記載事項に相違ありません。令和　　年　　月　　日　　　　　ふりがな　　　　　氏　　名　　　　　（自筆）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ※番　号 |  |
| 写　　真・半年以内に撮影・上半身正面向き・無帽・縦４㎝横4㎝以内・白黒可 |
| 履　　　　　　歴　　　　　　書 |
| 生年月日・年齢・性別　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日　生（満　　　歳）　　　男　・　女 |
| 現住所〒（　　　　－　　　　　） | ☎ |
| 携帯 |
| E-mail(データ送付可能なアドレス) | 　　　　　　　　　　＠ |
| 連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）〒（　　　　－　　　　　）  | ☎  |
| 携帯 |
| 学　歴（最終学歴から書いてください。） |
| 年 | 月 | 学　校　名　・　学　部　・　学　科　名　等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職　歴（今までに就職したことがあれば書いてください。） |
| 年 | 月 | 職　　　　　歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 心理・福祉関係の資格（保有免許等） |
| 種類 | 授与（交付）年月日※西暦 | 番号 | 授与（交付）権者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 検査可能技能　　※検査可能なものに○をつけてください。 |
| 田中ビネー | WISCⅣ | WPPSI |
|  |  |  |
| 希望検査方法※希望する方法について○をつけてください。どちらでもよい場合は両方に○をつけてください。 |
| １日完結型 | ２日完結型 |
| **※１日完結型の場合****懇談の希望時間を記入ください。****＜１日あたり検査が2人の場合＞****検査①9：00～10：30****検査②10：30～12：00****懇談①　：　　～　　：****懇談②　：　　～　　：****＜１日あたり検査が１人の場合＞****検査①9：00～10：30****懇談①　：　～　　：** |  |
| 備考　 |
|  |