|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |