|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大垣市個別の知能検査スタッフ申込書　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 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ※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 | WISC-Ⅴ | WISC-Ⅳ | WPPSI-Ⅲ |
|  |  |  |  |
| 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 |
| **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① 9：00 ～ 10：30****検査② 10：30 ～ 12：00****懇談①　 ：　　～　　：****懇談②　 ：　　～　　：****＜１日あたり検査が１人の場合＞****検査①　 ： 　 ～　 ：****懇談①　 ： 　～　 ：****※申込者の都合でやむを得ない場合は個別にご相談をさせていただく場合があります。** |  |
| 備　考（勤務形態、要望等があれば書いてください。） |
|  |