

北九州市立精神保健福祉センター「自殺予防のためのこころの相談事業」 出務申込書

※申込みにあたっては、履歴書(市販のもので可)を添付してください。

記入日 (令和 年 月 日)

	姓	名	性別	生年月日	
フリガナ			男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	
氏名					
現住所	(郵便番号 -)				
連絡先	電話番号	自宅 (- -)	※平日日中に連絡がとれるものにレをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 [(- -)]		
		携帯 (- -)			
	メールアドレス		※電子メールでのご連絡が可能は方は、メールアドレスをご記入ください。		
公認心理師及び臨床心理士資格		<input type="checkbox"/> 有 登録番号 第 号 (登録年月日 年 4月 1日)		<input type="checkbox"/> 無	
心理臨床に関する実務経験(直近のものを3つまで)					
1 (最終)	機関名称		在職期間	年 月 日から 年 月 日まで / 在職中	
	職名役職	※勤務形態 (正規・非常勤・その他)		※在職中の場合は、勤務日時等をご記入ください 「毎週○曜日 9:00~17:00」「不定期」「月1回」 など ()	
	所在地	都道府県 市町村			
2 (その前)	機関名称		在職期間	年 月 日まで 年 月 日まで / 在職中	
	職名役職	※勤務形態 (正規・非常勤・その他)		※在職中の場合は、勤務日時等をご記入ください 「毎週○曜日 9:00~17:00」「不定期」「月1回」 など ()	
	所在地	都道府県 市町村			
3 (その前)	機関名称		在職期間	年 月 日まで 年 月 日まで / 在職中	
	職名役職	※勤務形態 (正規・非常勤・その他)		※在職中の場合は、勤務日時等をご記入ください 「毎週○曜日 9:00~17:00」「不定期」「月1回」 など ()	
	所在地	都道府県 市町村			
電話相談従事経験		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		自死遺族支援経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
最終学歴	大学院		研究科	平成 年 月 (専門職学位・修士・博士) 修了・修了見込・在学中	

※取得した個人情報、本事業に出務するために必要な諸手続きにのみ利用します。

北九州市立精神保健福祉センター