|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 |  |  |  |  | **－** |  |  |  |

**大阪府立支援学校特別非常勤講師（福祉医療関係人材）希望者登録申込書**

申 込 日（令和 　　年 　　月 　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | **性 別** | **生 年 月 日** | | | | 年 齢 |
| **名 前** |  | |  | 年　　　　 月　　 　　日 | | | | 歳  （申込日現在） |
| **住 所** | 〒　　　　－ | | | | | ３カ月以内に  撮影した写真  (4cm×3cm)  写真の裏面に  名前を記入 | | |
| **最寄駅** | 線　　　　　　　　　　　　　　　駅 | | | | |
| **電 話**  **番 号** | 携　帯　　　　　（　 　　　　　　　　）―（ 　 　　　　　　　　　）―（　　 　 　　　　　　） | | | | |
| 自　宅　　　　　（　　 　 　　　　　　）―（　　　　　 　　　　　）―（　 　　　　　　　　） | | | | |
| **学 歴**（高等学校以降の学歴を記入してください。） | | | | | | | | |
| **入 学 年 月** | | **卒 業 年 月** | **学 校 名** | | | | | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | | | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | | | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | | | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | | | |
| **資格等の種類　※該当に〇** | | | **取得年月日** | | | | | |
| 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士  臨床心理士 ・ 公認心理師 | | | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士  臨床心理士 ・ 公認心理師 | | | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| **職 歴** | | | | | | | | |
| **採 用 年 月** | | **退 職 年 月** | **勤 務 場 所（科名・病棟名）** | | | | **職 名** | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | |  | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | |  | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | |  | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | |  | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | |  | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | |  | |
| 年　　　　月 | | 年　　　　月 |  | | | |  | |
| **登録希望内容** | | | | | | | | | |
| **勤 務 希 望 校** | | | 第**１**希望　 　　　　　　　支援学校 | | | 第**２**希望　 　　　　　　　支援学校 | | | |
| **希 望 職 種**  （○をつけてください） | | | 理学療法士 　／　 作業療法士 　／　 言語聴覚士  臨床心理士・公認心理師 　／ その他（　　　　 　　） | | | | | | |
| **最大通勤可能時間** | | | （　　　 　　）時間 （　　　 　　）分まで | | | | | | |
| **志 望 動 機** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **特 技・資 格 等** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **そ の 他（ 自己PRなど ）** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **勤務希望時間数　　1週間あたり（　　　　）時間以上（　　　　）時間以内**  ・勤務は1週間あたり29時間までとする。  ・「事業場を異にする労働時間」と「勤務希望時間」を通算し、法定労働時間（１週間あたり40時間）を超過するときは下の空欄に勤務状況をご記入ください。） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

・勤務希望校については、別紙「令和６年度福祉医療関係人材配置支援学校一覧」から選択してください。

・特別非常勤講師（福祉医療関係人材）希望者登録申込書は、**A4両面印刷**でご提出ください。

**大阪府立支援学校特別非常勤講師（福祉医療関係人材）希望者登録票**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **名 前** |  |
| **生年月日** | 年 　　　　　　 月　　　　　 　 日 |
| **住　所** | 〒　　　　　－ |
| **電話番号** | （　　　　　　　　　） ― （　　　　　　　　　　　） ― （　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　） ― （　　　　　　　　　　　） ― （　　　　　　　　　　　） |
| **登録番号** | ※記入しないこと |

|  |  |
| --- | --- |
| **有効期間** | 登録日から登録解除日※まで |

**※を希望される場合は、支援教育課までご連絡願います。**

**大阪府立支援学校特別非常勤講師（福祉医療関係人材）**

**理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ 臨床心理士 ・ 公認心理師　　　として登録しました。**

**令和　　 　年　 　 　月　 　　日**

**注　意　事　項**

１　講師登録することにより、必要が生じた場合に限って任用されるので、登録者すべてが任用されるものではありません。

２　本票は、大阪府立支援学校の講師に任用される場合に必要ですので、無くさないように保管してください。

３　登録内容に変更が生じた場合は、支援教育課までご連絡ください。

【連絡先】

大阪府教育庁 教育振興室　支援教育課 生徒支援グループ

〒540 - 8570　大阪市中央区大手前2丁目 　　　　　　電話：０６‐６９４１‐０６１８（直通）