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

**令和６年度**

**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****（令和７年４月１日現在の年齢）** |
| **名 前** |  |  |  　　年　　 月　　 日（ 　　歳） |
| **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** | （　　　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　　　） |
| **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。

・令和6年度特別非常勤講師（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。

**令和６年度 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** | 登録日から令和7年3月31日まで |

 **令和６年度 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　登録を取り消される場合や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 - 8571　大阪市中央区大手前2丁目 　　　　　　電話：０６‐６９４１‐０６１８（直通）