

神奈川県職員採用選考申込書

選考区分
福祉職（児童心理）

ふりがな	生年月日
氏名	昭和 平成 年 月 日生
現住所 (〒)	外国籍 (外国籍の方のみレ点を <input type="checkbox"/> 記入してください。)
電話 ()	
携帯電話 ()	

資格・免許

名称	資格の取得方法（○で囲む）	取得（見込）年月日
児童心理司 ※	医師（精神保健） 大学等で心理学を修めて卒業 公認心理師	年 月 日（見込）

- ・私は、神奈川県職員採用選考を受けたいので申し込みます。
- ・私は、当該選考のお知らせに掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書及び別紙履歴書等の記載事項に相違ありません。

(この欄は、本人が自筆で記入してください。)

令和 年 月 日

氏名

写真添付

縦4cm×横3cm
※上半身・脱帽・正面向きの、本人と確認できるもの
裏面に氏名を記載

※ 児童心理司の任用資格を有する人（児童福祉法第12条の3第6項第1号）

- (1) 医師であって精神保健に関して学識経験を有する人
- (2) 学校教育法に基づく大学又は旧大学令（大正七年勅令大三百八十八号）に基づく大学において、心理学を専修する学科又はこれに相当する課程を修めて卒業した人
- (3) 公認心理師

【全ての申込者の方へ】

神奈川県福祉子どもみらい局での臨時的任用職員（福祉職）の登録依頼のために、私の個人情報（氏名・住所・電話番号等・資格・免許）を利用・提供することについて

同意する ・ 同意しない （どちらかに丸をつけてください。）

整理番号 *	受付年月日	* 年 月 日
--------	-------	---------

*欄には、記載しないでください。