

様式1

事務局欄 氏名

--	--

事務局欄 氏名

--	--

令和7年度 スクールソーシャルワーカー【応募票】

(記入日 令和 年 月 日)

ふりがな			写 真 ※サイズは問いません
氏名			
生年月日(※1)	年	月 日 (歳)	
現住所	〒 -		
自宅電話番号	()	-	
携帯電話番号	-	-	
パソコンメールアドレス			
携帯メールアドレス			
現勤務先	(※長崎県スクールソーシャルワーカー以外の勤務がある場合) 令和7年4月1日以降の勤務(継続・退職予定 令和 年 月 日付け)		
勤務先電話番号	()	-	

取得資格等									
※「有」に✓を付けた資格等については、資格証・免許状等の写しを添付してください。									
社会福祉士	<input type="checkbox"/> 有	取得	年	月	教員免許	<input type="checkbox"/> 有	取得	年	月
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 有	取得	年	月	公認心理師	<input type="checkbox"/> 有	取得	年	月
こども家庭SW	<input type="checkbox"/> 有	取得	年	月	臨床心理士	<input type="checkbox"/> 有	取得	年	月
児童福祉司	<input type="checkbox"/> 有	取得	年	月	自動車免許	<input type="checkbox"/> 有			
その他社会福祉に関する資格									
名称	取得	年	月	名称	取得	年	月		
名称	取得	年	月	名称	取得	年	月		

所属や登録している学会・協会・研究会等	
<input type="checkbox"/>	長崎県社会福祉士会
<input type="checkbox"/>	長崎県精神保健福祉士協会
<input type="checkbox"/>	

年	月	最終学歴
スクールソーシャルワーカーの職歴		経験年数
年	月	勤務先
年	月	その他の職歴

これまでの経験、実績、得意分野等の自己PRを含めて、あなたのスクールソーシャルワーカーとしての適性を、具体的な例を示しながら記入してください。

※1 年齢は、令和7年4月1日時点の満年齢を記入すること。
 ※2 経験年数は、令和7年3月31日時点での見込み年数を記入すること。

令和7年度 スクールソーシャルワーカー 【勤務希望調査票】

氏名	
住所	〒

1 一週間当たりの勤務可能日数について記入してください。

一週間当たり最大

	日
--	---

2 勤務地の希望について、いずれかに○を付けてください。

○	勤務地域	○	勤務地域
	どの地域でも可能		佐々町
	長崎市		平戸市
	西海市		松浦市
	長与町		島原市
	時津町		雲仙市
	諫早市		南島原市
	大村市		五島市
	佐世保市		新上五島町
	東彼杵町		壱岐市
	川棚町		対馬市
	波佐見町		小値賀町

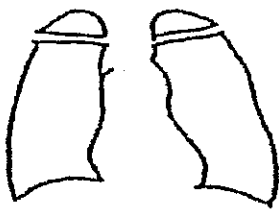
3 上記表の「どの地域でも可能」及び離島（五島市、新上五島町、壱岐市、対馬市、小値賀町）に○を付けた方は、離島勤務可能日数をご記入ください。

	日
--	---

4 令和7年度の勤務について配慮事項や要望等がある方はご記入ください。

例	<ul style="list-style-type: none"> ・子が在籍している〇〇小学校での勤務は不可 ・親の介護や子の保育園送迎があり、午後4時までの勤務を希望 ・令和7年度中に出産予定あり(〇年〇月予定) ・身体障害があり、勤務先の配慮(階段など物理的なもの)が必要 ・自動車免許を未取得のため、公共交通機関を利用できる勤務先を希望
---	--

健康診断書

職 種	スクールソーシャルワーカー	(ふりがな) 氏 名		生年 月日	年 月 日 (歳)
検査 年月日	年 月 日	住 所	TEL()		
既 往 症			血 圧 (mm Hg)		/
			貧血検査	血色素量 (g/dℓ)	
自 覚 症 状			肝機能 検査	G O T (IU/ℓ)	
				G P T (IU/ℓ)	
				γ-GTP (IU/ℓ)	
他 覚 症 状			血中脂質 検査	LDL コレステロール (mg/dℓ)	
				HDL コレステロール (mg/dℓ)	
				トリグリセライド (mg/dℓ)	
身長 (cm)	/		血 糖 検 査 (mg/dℓ)		
体重 (kg)			尿検査	糖	- + ++ +++
B M I			心 電 図 検 査		
腹 囲 (cm)			言 語 障 害 運 動 障 害		
視力	右	矯正()		そ の 他 の 疾 患	
	左	矯正()			
聴力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり		医 師 の 指 示 及 就 業 上 の 注 意 事 項	
	右 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
	左 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
胸部エックス線検査	直接撮影年月日 撮影 令和 年 月 日		レントゲン所見		
フィルム番号	No.				
健康診断を実施した医療機関名 医師の氏名			印	備考	

※1 「BMI」は次の算式により算出すること。BMI=体重(kg)÷身長(m)²

※2 「視力」の欄は、眼鏡等使用者については、矯正視力のみ測定し()内に記入してください。