

＜心理士＞ 非常勤スタッフ（アルバイト）希望者登録票

＜ 年 月 日現在＞

太線の枠内をご記入ください。

(フリガナ) 氏 名		性別	男 ・ 女
住 所	〒 (最寄駅: 駅)		
生年月日	昭和 年 月 日 (現在の年齢)		歳
連絡先 電話番号 (携帯電話可)	— — (任意: Eメールでの連絡を希望される場合はアドレスをご記入ください。)		
有する資格 (複数記載可)	<input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 臨床発達心理士 その他、福祉・医療関連の資格 ()		
関連する職務 経験の有無や 経験年数等	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 (乳幼児期・小学生・中高生・成人期) その他[] (乳幼児期・小学生・中高生・成人期) 自由記載 (〇〇施設で△△年勤務 など) ()		
心理検査の 実績 (通算実施件数)	<input type="checkbox"/> WISC・WAIS (件程度) <input type="checkbox"/> 田中ビネー式 (件程度) <input type="checkbox"/> 新版K式 (件程度) <input type="checkbox"/> K-A B C (件程度) <input type="checkbox"/> DN-C A S (件程度) <input type="checkbox"/> P-Fスタディ (件程度) <input type="checkbox"/> 文章完成法 (件程度) <input type="checkbox"/> ロールシャッハ (件程度) <input type="checkbox"/> B A D S (件程度) <input type="checkbox"/> リバーミード行動記憶検査 (件程度) <input type="checkbox"/> C A T (件程度) <input type="checkbox"/> ウェクスラーメモリースケール (件程度) <input type="checkbox"/> ウィスコンシンカードテスト (件程度) その他 ()		
勤務可能な センター	<input type="checkbox"/> 横浜市総合リハビリテーションセンター <input type="checkbox"/> 戸塚地域療育センター <input type="checkbox"/> 北部地域療育センター <input type="checkbox"/> 西部地域療育センター <input type="checkbox"/> よこはま港南地域療育センター		
曜日・時間等の 希望の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 頻度: 週 日、曜日() 時間: 時 分～ 時 分 その他:		
事業団使用欄	提出: 電話・郵送・FAX		

■提出先 (郵送、FAXの場合)

〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1770

(社福) 横浜市リハビリテーション事業団

経営部人材開発課 非常勤担当

電話: 045-473-0804 (直) FAX: 045-473-0956

登録受付日	所管課長	担 当
年 月 日		
No.		

■登録有効期間: 受付日の翌年度末まで (最長2年間 / _____年3月末日まで)

有効期間経過後は、この登録票は適正に破棄させていただきます。

■登録にあたってお預かりした個人情報は、登録・採用事務に関する業務のために使用するものであり、本人の承諾なく他の目的で使用することは一切ありません。 ＜2019年3月改定版＞