履　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | 性 別 |  | （写　真　欄）  申請前６ヶ月以内に  撮影した  （縦６ｃｍ×横４ｃｍ）  で上半身脱帽の姿 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日（満　　　歳）  （年齢は**令和７年４月１日現在**） | | | | | |
| 現 住 所 | 〒（　　　　　－　　　　　　 　）  住所　　　　　　県  ＴＥＬ　　　　　（　　　　　）  ＦＡＸ　　　　　（　　　　　）  携帯(※)  パソコンメールアドレス  　　　　　＠ | | | | | |
| 勤 務 先  （所属先） | 県ＳＣ，臨床心理士等派遣以外の勤務先（所属先）及び職名 | | | | | | 勤務先（所属先）の電話番号 | | |
| 主な職歴 | 年　～ 年 | | |  | | | | | |
| 年　～ 年 | | |  | | | | | |
| 年　～ 年 | | |  | | | | | |
| 年　～ 年 | | |  | | | | | |
| 年　～ 年 | | |  | | | | | |
| 最終学歴  ※該当する項目を○で囲む。 | 大学卒業  大学院修了  その他(　 ) | | | 心理相談員・カウンセラー等経験年数  ※令和７年４月１日現在 | | | | 年 | |
| 資格等 | ・公認心理師　あり（第　　　　　　号）　，　なし | | | | | | | | |
| ・ | 臨床心理士　あり（第　　　　　　号）　，　なし | | | | | | |  |
| ・ | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| ・ | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| ・ | | | | | | | | |
| 賞　罰 | 年　月　日 | |  | | | | | | |
| 年　月　日 | |  | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　　令和　　年　　月　　日　　氏名 | | | | | | | | | |

※　携帯電話については，可能な限り御記入ください。

※　パソコンメールアドレス（携帯のアドレスは不可）は，事務連絡を行うために使用します。記入のない方へは，郵送します。