

横浜市特別支援教育総合センター会計年度任用職員（心理判定業務・月額職） 募集要項

1 採用職種・人数

会計年度任用職員（心理判定業務・月額職） 若干名

2 主な業務

- (1) 幼児・児童・生徒に対する心理検査の実施、心理検査報告書の作成
- (2) 次年度就学予定の幼児が参加する小集団活動（片足跳び、スキップ、体操等）のインストラクター

3 応募要件

公認心理師資格または臨床心理士資格をお持ちの方（取得見込含む）。

※施設等で、田中ビネー知能検査の業務経験のある方が望ましい

4 雇用期間

令和2年4月1日～令和3年3月31日

※勤務成績が良好な場合等、再度任用する場合があります。（最大4回）

5 勤務条件

- (1) 勤務場所 横浜市保土ヶ谷区仏向町 845-2（相鉄線和田町駅下車徒歩8分）
- (2) 勤務日 月～金曜日のうち、週4日勤務（指定休日は採用後調整）
- (3) 勤務時間 午前8時45分から午後5時15分まで（内休憩60分）
- (4) 休業日 土、日、祝日、年末年始
- (5) 休暇 年次休暇、夏季休暇、病気休暇等
- (6) 報酬等 月額211,000円
期末手当・通勤費用（実費相当額）を横浜市基準により支給
- (7) 社会保険 厚生年金保険、雇用保険、全国健康保険協会に加入

6 応募方法・締切

提出書類（会計年度任用職員申込書及び別紙）に必要事項をご記入のうえ、郵送してください。

<提出先> 〒240-0044 横浜市保土ヶ谷区仏向町 845-2

横浜市特別支援教育総合センター 採用担当 加藤 あて 電話 045(336)6002

<提出締切> 令和2年3月13日（金）17時必着

※会計年度任用職員申込書の職務経歴はすべてご記入ください。書ききれないときは別紙を添付してください。

※提出された書類は一切返却しません。この選考に際してご提供いただいた個人情報については、採用選考及び採用に関する事務以外の目的への使用はいたしません。

7 選考

1次：書類選考 2次：個人面接（1次を合格された方のみ。3月下旬予定）

可否に関わらず、結果を郵送か電話でお知らせします。

8 その他

採用内定者には健康診断を受診していただきます。詳細は別途お知らせします。

9 問合せ先

横浜市教育委員会事務局 特別支援教育相談課

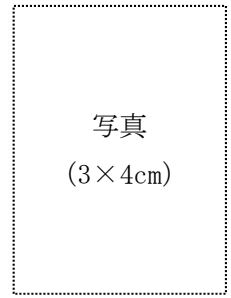
担当：加藤 電話 045(336)6002

会計年度任用職員申込書

【令和 年 月 日】

所属名	
-----	--

整理番号	※人事担当者記入欄
------	-----------



フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	電話番号	()

住所	フリガナ 〒 -		
	自宅最寄駅	線	駅 (駅までの交通手段 : 徒歩・バス・その他 分)

〔学歴・職歴〕	年	月	学歴・職歴

〔資格・免許〕	年	月	資格・免許

〔パソコンスキル〕

- ・Word (仕事で頻繁に使用・使える程度・使ったことがない)
- ・Excel (仕事で頻繁に使用・使える程度・使ったことがない)
- ・その他()

〔活用したい能力・経験等〕

〔志望動機〕

<p>〔横浜市における他の職の申込状況〕</p> <input type="checkbox"/> 当該非常勤職員のみ希望 <input type="checkbox"/> 他の非常勤職員と併願 (職名:)	<p>〔採用された場合の兼業等の予定〕</p> <input type="checkbox"/> あり (名称:) <input type="checkbox"/> なし <small>※兼業等をする場合、別途許可申請が必要です。</small>
---	---

<p>〔欠格事由に関する申告〕</p> <p>以下の地方公務員法第16条に定める採用に関する欠格事由に該当しない場合は、□にレ印を記入してください。</p> <input type="checkbox"/> 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 <input type="checkbox"/> 横浜市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、地方公務員法第5章に規定する罪を犯し刑に処せられた者 <input type="checkbox"/> 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者
--

〔備考〕 ※人事担当者記入欄

◆ビネー検査に関するご経験についてご記入ください。

1 実施したご経験のあるビネー法検査名を、すべて丸で囲んでください。

田中ビネー知能検査V 1987年全訂版田中ビネー知能検査
 改訂版鈴木ビネー知能検査 その他のビネー法検査（ ）

2 上記の検査のご経験についてご記入ください（3箇所以上ある場合は直近2箇所についてご記入ください）。

(1) 機関名 _____ 検査名 _____

- ・実施期間 年 月 ～ 年 月 ・頻度（月2～3回など具体的に） _____
- ・被検査者の年齢 （複数の場合は該当するものすべてに丸をつけてください）
 未就学児 / 小学生 / 中学生 / 高校生 / 成人
- ・検査目的 （複数の場合は該当するものすべてに丸をつけてください）
 療育手帳取得のため / 教育的配慮等の判断のため / 特性や能力把握のため
 心理治療のため / その他（ ）
- ・フィードバックの方法
 - ①時期： 検査日同日 / 検査日後日 （1か月以内 / 1か月以降）
 - ②対象： 被検査者本人 / 被検査者の保護者 / 被検査者の関係者・支援者（学校・医師等） /
 その他（ ）
 - ③方法： 口頭 / 書面 / その他（ ）

(2) 機関名 _____ 検査名 _____

- ・実施期間 年 月 ～ 年 月 ・頻度（月2～3回など具体的に） _____
- ・被検査者の年齢 （該当が複数ある場合はすべてに丸をつけてください）
 未就学児 / 小学生 / 中学生 / 高校生 / 成人
- ・検査目的 （該当が複数ある場合はすべてに丸をつけてください）
 療育手帳取得のため / 教育的配慮等の判断のため / 特性や能力把握のため
 心理治療のため / その他（ ）
- ・フィードバックの方法
 - ①時期： 検査日同日 / 検査日後日 （1か月以内 / 1か月以降）
 - ②対象： 被検査者本人 / 被検査者の保護者 / 被検査者の関係者・支援者（学校・医師等） /
 その他（ ）
 - ③方法： 口頭 / 書面 / その他（ ）

3 ビネー以外の知能検査・発達検査を実施した経験がある場合は、検査名・回数等をご記入ください。

--

4 自己PRをご記入ください。

--