

神戸市こころといのちの電話相談事業 相談員登録申請書

以下に記入いただき、MAIL(nakayama@hacsw@or.jp)宛に
お送りください(担当:事務局次長 中山)

①氏名(ふりがな):				
②連絡先Eメール:				
③自宅住所:〒				
④自宅から電話相談センターまでの移動時間:			分	
⑤自宅最寄り駅:				
⑥有資格(○で囲む): 公認心理師・社会福祉士・精神保健福祉士・ 保健師・看護師・臨床心理士				
⑦生年月日(年齢):西暦 年 月 日 (歳)				
⑧業務経歴 (現在の勤務先を一番上にして、最近のものから記載してください)				
分野:①高齢 ②障害(A:身障 B:知障 C:精神) ③児童・家族 ④医療 ⑤地域社会・多文化				
勤務先名	分野(例:②-B)	職種	勤務期間	
			年 ヶ月	
			年 ヶ月	
			年 ヶ月	
			年 ヶ月	
			年 ヶ月	
うち、相談業務従事期間合計:			年 ヶ月	
⑨出務可能な曜日や条件などについて				
電話相談センターは、平日の10:30～18:30稼働です。以下に、あなたの出務可能な曜日と時間を記入してください。				
曜日	出務(可能なら○を記入)			条件・希望など
	AM	PM	終日	
	10:15～14:15	14:00～18:45	10:30～18:30	
月曜日				
火曜日				
水曜日				
木曜日				
金曜日				
その他要望など(例えば、毎週曜日固定では難しい)				

【事務局使用欄】