

一般社団法人 福岡県臨床心理士会 会長 殿

第 号
令和 年 月 日
学校
校長

令和 年度 スクールカウンセラー候補者推薦依頼

下記の通り、本校におけるスクールカウンセラーとして臨床心理士を推薦いただきますようお願い申し上げます。

1. 任用期間

令和 年 月 日 ～ 年 月 日

2. 候補者

選考は臨床心理士会に一任

指名 氏名()

3. 勤務形態

年間 日 (各 時間)

その他()

4. 報酬等

時給 日給 月給 その他() 円

交通費() 円

5. その他、推薦にあたっての要望事項

6. 校内におけるスクールカウンセラー活用担当教職員

氏名:

職名等:

連絡先:

※上記 2, 3, 4 については、該当項目の□にチェックを入れ、必要事項をご記入下さい。