

アドバンテッジ相談センターカウンセラー 応募用紙

(ご記入日: 年 月 日)

①基本情報

お名前	ふりがな	男・女	お写真 (縦4cm) (横3cm)
		印	
生年月日	T・S・H 年 月 日 満 才		
ご住所 (ご自宅)	ふりがな 〒 -		
ご連絡先 (ご自宅)	TEL - - FAX - - E-Mail		
ご健康の状態			

②カウンセリング施設(お持ちでない場合は空欄で結構です)

ご住所 (カウンセリング施設)	ふりがな 〒 -		
交通手段	線 駅から (タクシー・バス・徒歩) 分		
ご連絡先 (カウンセリング施設)	TEL - - FAX - - E-Mail 携帯 - -		
当日の連絡先	TEL・携帯 - -		
カウンセリングルーム	()部屋 1部屋あたりの広さ 約()畳		

③学歴及び職歴

<p>ご学歴 (高校以上を お書きください)</p>	<p>年 月 _____</p> <p>年 月 _____</p> <p>年 月 _____</p> <p>年 月 _____</p>
<p>ご職歴 * 職務経歴書をお持ちの方は、 添付にて記載 いただいても結構です</p>	<p>① 年 月 ~ 年 月</p> <p>会社名 _____</p> <p>お仕事の内容 _____</p> <p>② 年 月 ~ 年 月</p> <p>会社名 _____</p> <p>お仕事の内容 _____</p> <p>③ 年 月 ~ 年 月</p> <p>会社名 _____</p> <p>お仕事の内容 _____</p> <p>④ 年 月 ~ 年 月</p> <p>会社名 _____</p> <p>お仕事の内容 _____</p> <p>⑤ 年 月 ~ 年 月</p> <p>会社名 _____</p> <p>お仕事の内容 _____</p> <p>⑥ 年 月 ~ 年 月</p> <p>会社名 _____</p> <p>お仕事の内容 _____</p>

④カウンセリング経験(その1)

[illegible]

④カウンセリング経験(その2)

ご研修歴	研修内容	担当講師名	受講時期	通算時間数
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	

④カウンセリング経験(その3)

<p>ご所属の学会 (あれば ○をお付けください)</p>	<div> <div>1. 日本心理臨床学会</div> <div>2. 日本カウンセリング学会</div> <div>3. 日本健康心理学会</div> <div>4. 日本行動療法学会</div> <div>5. 日本精神分析学会</div> <div>6. 日本睡眠医学心理学会</div> <div>7. 日本家族心理学会</div> <div>8. 日本臨床心理学会</div> <div>9. 産業組織心理学会</div> <div>10. 日本社会心理学会</div> <div>11. 日本交流分析学会</div> <div>12. 日本心身医学会</div> <div>13. その他()</div> </div>
<p>ご経験のある カウンセリングの種類 (○をお付けください)</p>	<div> <div> <div>1. 健康人の方へのカウンセリング(1対1 : 面談形式)</div> <div> <div>a. キャリアカウンセリング</div> <div>b. 職場のストレス問題</div> <div>c. 職場の対人関係</div> <div>d. ハラスメント</div> <div>e. 配偶者の問題</div> <div>f. 子供の問題</div> <div>g. 浪費などを含む金銭問題</div> <div>h. その他()</div> </div> </div> <div> <div>2. 病理を対象としたサイコセラピー</div> <div> <div>a. 神経症レベル</div> <div>b. 人格障害レベル</div> <div>c. その他()</div> </div> </div> <div> <div>3. 企業向けメンタルヘルス支援サービス</div> <div> <div>a. 復職支援カウンセリング</div> <div>b. 研修、オリエンテーション</div> <div>c. 企業訪問カウンセリング</div> </div> </div> <div> <div>4. その他()</div> </div> </div>

⑤就業条件

就業時間 (就業可能な時間帯を すべてお教えてください)	就業時間(曜日、時間を下記へ表記)							
		月	火	水	木	金	土	日
	午前 (9:00-13:00)	～	～	～	～	～	～	～
	午後 (13:00-18:00)	～	～	～	～	～	～	～
	夜間 (18:00-22:00)	～	～	～	～	～	～	～
長期休暇	1. 5月連休(GW) 通常 日間休み							
	2. 夏季休暇 通常 日間休み							
	3. 年末年始 通常 日間休み							
	4. その他()							
出張カウンセリング (○をお付けください)	1. 可 → 出張可能な範囲 ()							
	* 例)「〇〇市～〇〇市まで対応可」「往復4時間以内まで対応可」等							
電話・メール カウンセリング (○をお付けください)	2. 不可							
電話・メール カウンセリング (○をお付けください)	1. 電話カウンセリング 対応可能							
	2. メールカウンセリング 対応可能							
	3. いずれも不可							
他社との契約状況 * 差し支えなければ お教えてください	1. 契約している							
	→ 契約先機関 ()							
	→ 契約期間 年 月より 年間							
リファーマ機関 (医療機関) * 差し支えなければ お教えてください	2. 契約していない							
リファーマ機関 (医療機関) * 差し支えなければ お教えてください	医療機関名 ①()							
	医療機関名 ②()							
	医療機関名 ③()							
リファーマ機関 (それ以外) * 差し支えなければ お教えてください								
	専門機関名 ①()							
	専門機関名 ②()							
リファーマ機関 (それ以外) * 差し支えなければ お教えてください	専門機関名 ③()							