インクルーシブ教育支援相談員（会計年度任用職員）
採用選考申込書

令和8年7月1日現在

フリガナ	写真貼付欄 ・本人単身胸より上半身 ・大きさ 縦　30～35㎜ 横　25～30㎜ ※写真の裏に氏名記入
氏　名	
生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　歳）	
フリガナ	電話番号 －　－
住　所　〒　　－　　◇最寄駅（　　線　　駅）	携帯電話番号 －　－

年		月	学歴　・　職歴　（大学・大学院は学部・学科・専攻まで記入）		
記載事項発生年		入学年月（上段） 卒業年月（下段）	（学　歴）		
S・H・R	年 年	4月 3月	入学・卒業		
S・H・R	年 年	4月 3月	入学・卒業（修了）		
S・H・R	年 年	月 月	入学・卒業（修了）		
S・H・R	年 年	月 月	入学・卒業（修了）		
			（主な職歴）		
			勤務先	職務内容	雇用形態
S・H・R	年 年	月 月			
S・H・R	年 年	月 月			
S・H・R	年 年	月 月			
S・H・R	年 年	月 月			

保有資格・免許等	

私は、本書をもってインクルーシブ教育支援相談員（会計年度任用職員）採用選考に申し込みます。
なお、私は地方公務員法等で選考を受けることができないとされる者には該当しておりません。
また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【個人情報の取扱いについて】
個人情報については、世田谷区個人情報保護条例に基づき適切に管理しています。提出された書類やそれに基づき作成した資料等は厳重に管理するとともに、採用選考以外の目的では使用しません。また、規定の保存年限経過後に適切に廃棄します。

◆志望動機

◆この職を担うにあたってPRできる、これまでの教員としての職務経験等

◆配慮や支援を要する児童・生徒が円滑な学校生活を送るための支援について、学校管理職から助言を求められた場合に、これまでの職務経験から、あなたならどのように助言等の支援を行いますか。「せたがやインクルーシブ教育ガイドライン」の内容を踏まえ、具体的に述べてください。