

横浜市福祉保健センター発達相談員申込書

ふりがな			
氏 名			
	生 年 月 日	年 齢	
	昭和 ・ 平成 年 月 日	歳	
住 所	(〒 —) 電 話 — — 携帯電話 — —		
資格要件 (いずれか1 つの番号に○ をつけてくだ さい)	1 公認心理師、臨床心理士又は臨床発達心理士のいずれかの資格を有する者 2 学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する大学等において心理学を専修する学科又はこれに相当する課程を修めて卒業し、乳幼児の発達相談に関する実務経験を3年以上有する者 3 学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する大学院において心理学を専攻する研究科又はこれに相当する課程を修めて修了した者 4 上記の3又は4と同等の知識を有する者で、乳幼児の発達に関する深い理解のある者		
私は裏面の業務内容等、横浜市福祉保健センター発達相談員及び集団心理保育員委任要綱及び乳幼児健康診査事業に係る個人情報取扱特記事項について承諾し、申し込みます。			
年 月 日			
氏 名		印	

(裏)

業 務 内 容	(1) 母子保健法（昭和40年法律第141号）に基づく乳幼児健康診査の結果等に基づいて行う親子教室対象者の選定、グループワーク指導、乳幼児の発達の経過の確認及び処遇方針の検討 (2) 母子保健法に基づく乳幼児健康診査の結果等に基づいて行う個別相談における面接及び処遇方針の検討
従 事 場 所	区役所
委 任 期 間	委任開始の日から当該会計年度の末日まで ※委任期間の更新は可 ただし年齢満65歳に達した日の属する会計年度の末日まで 特に市長が認めた場合は年齢満67歳に達した日の属する会計年度の末日まで
報 酬	報酬：1単位 15,000円 研修報酬：1時間 1,904円
法 令 遵 守	業務を遂行するに当たり、法令及び横浜市の定める条例、規則等に従わなければならない。
秘 密 保 持	業務上知り得た秘密及び個人情報等を漏らしてはならない。発達相談員でなくなった後も、また同様とする。