

(様式2)

第 号
令和 年 月 日

一般社団法人 福岡県スクールカウンセラー協会 会長 殿

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、貴協会会員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 ～ 令和 年 月 日

2. 候補者

☐選考は、一般社団法人福岡県スクールカウンセラー協会に一任

☐指名 氏名 ()

3. 勤務形態

☐年間 日 (各 時間)

☐その他 ()

4. 報酬等

☐時給 () ☐その他 ()

☐交通費あり () ☐交通費なし

5. その他 推薦にあたっての要望事項等

6. 校内におけるスクールカウンセラー活用担当者

氏 名 :

役職等 :

連絡先 :

注 上記 2, 3, 4 は ☐ にチェック (✓) を入れ、必要事項をご記入ください。

以下余白