

# 臨時免許状事前相談票

県・国・私立学校園の場合、  
学校園名を記載してください。

担当者氏名	大津 太郎	担当者所属 (教育委員会名)	〇〇教育委員会
担当者電話番号	077-528-××××	担当者 E-Mail	〇〇@××.△△.jp

対象学校名	〇〇中学校	希望免許状	中学校助教諭免許状 (英語)
対象者氏名(ふりがな)	滋賀 花子 (しが はなこ)		
対象者生年月日	昭和 50 年 7 月 1 日		
所有資格等	・資格等 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 英語検定準 1 級 )		
最終学歴	<input type="checkbox"/> 修士 <input checked="" type="checkbox"/> 学士 <input type="checkbox"/> 短期大学士 <input type="checkbox"/> 専門・高卒		
現有免許状	・高等学校教諭一種免許状 (英語) ・ ・		
教員歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり ① (学校種: 高等学校 ) (年数: 満 8 年 10 月 <input type="checkbox"/> 正規 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤) ② (学校種: ) (年数: 満 年 月 <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤) <input type="checkbox"/> なし		
経歴	・株式会社〇〇 (事務): 平成 10 年 4 月 ~ 平成 17 年 10 月 ・〇〇中学校 (支援員): 平成 22 年 4 月 ~ 平成 24 年 3 月 ・〇〇高等学校 (講師): 平成 25 年 7 月 ~ 平成 30 年 3 月 ・〇〇高等学校 (講師): 平成 31 年 12 月 ~ 現在に至る ・ ・ ・ ・		
臨時免許状を必要とする具体的な理由	・欠員が生じた理由 ・普通免許状所有者を採用できなかった理由		
フォロー体制や OJT 等の研修予定	1 年生の英語を担当する予定であり、同学年の英語担当教員間でのフォロー体制を整える。また、任用開始 5 日間の春休み期間でオリエンテーションを含んだ学校での個別研修を行う。		

なるべく詳細に記載  
してください。

具体的に記載してくだ  
さい。

<p>対象者が学校において教授可能な資質・能力を有していると判断する理由・根拠等</p>	<p style="text-align: center; border: 2px solid red; padding: 5px;">具体的に記載してください。</p>
<p>任用予定期間</p>	<p>令和 6年 4月 1日 ~ 令和 7年 3月 31日</p>
<p>その他</p>	<p>(※連絡事項がある場合記入してください。)</p>

(以下、教職員課使用欄)

<p>対 応</p>	
------------	--