

通級指導教室担当教員経験者 筆答検査免除希望調書及び勤務歴証明書

*要項4の1の(5)の要件を満たし、第1次検査免除を希望する者のみ提出してください。

ふりがな 氏 名		出願種別 特別支援学校教諭 「通級指導教室担当教員」	受検番号
			※

※欄は記入しないでください。

私は、新潟県公立学校教員採用選考検査において、特例要件を満たしているの
で第1次検査の免除を希望します。

勤 務 歴			※ 人事記録等に基づいて記入すること ※ 現任校についても記入すること	
学 校 名	職 名	通級指導教室の種類	勤 務 期 間	
			年 月 日 ~	年 月 日
			年 月 日 ~	年 月 日
			年 月 日 ~	年 月 日
			年 月 日 ~	年 月 日
			年 月 日 ~	年 月 日
			年 月 日 ~	年 月 日
休 職・育 児 休 業 等 歴			※ 人事記録等に基づいて記入すること	
学 校 名	職 名	休職・育児休業等期間		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		

上記のとおり相違ありません。 氏名

勤 務 歴 証 明 書	
(職 名)	
(氏 名)	
上記の者は、記載のと通りの勤務歴があることを証明します。	
年 月 日	
(学 校 名)	
(電話番号)	
(校 長 名)	公印