

( 様式 )

令和6年度スクールカウンセラー等を活用した教職員メンタルヘルス相談報告書

年 月 日

公立学校共済組合岡山支部長 殿

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

スクールカウンセラー等を活用した教職員メンタルヘルス相談事業に係る相談を次のとおり実施したので報告します。

1 相談実施内容、共済組合員確認 ※本来の勤務時間以外に実施したものが対象となります。

|                 |  |         |                                    |
|-----------------|--|---------|------------------------------------|
| 1.相談年月日<br>相談時間 | 令和 年 月 日 ( )<br>:<br>(30分～1時間程度で設定してください)  | 2.相談場所  | <input type="checkbox"/> 所属所内で実施   |
|                 |  | 3.組合員確認 | <input type="checkbox"/> 組合員証で確認済み |
| 4.相談内容          | <input type="checkbox"/> 職場における悩み〔 <input type="checkbox"/> 職員関係 <input type="checkbox"/> 生徒対応関係 (※コンサルテーションを除く)〕<br><input type="checkbox"/> 私生活における悩み<br><input type="checkbox"/> その他 ( ※その他の場合には、内容を記入) |         |                                    |

2 相談員の情報 ※「市町村派遣」の方は報酬単価を必ず記入

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 1.勤務校(相談実施校)名                            |  |   |  |
| 2.勤務職種                                   | <input type="checkbox"/> スクールカウンセラー                        | <input type="checkbox"/> 県派遣  |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> 市町村派遣  | 1時間当たりの報酬単価 ( ) 円  |
| 3.交通費相当額<br>※「必要」の場合は<br>交通手段と発着地を<br>記入 | <input type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 勤務日のため <input type="checkbox"/> その他(不要な理由) ( ) |  |
|  |  | 交通手段  | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|  |  | 発着地   | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |

※本人記入欄 相談を希望する方は、以下に記入して、当日ご持参ください。(相談員による記入でも可)

| 性別  | 職名      | 確認欄(確認し、✓を入れてください。)  |
|---|---------|--|
| <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |         | <input type="checkbox"/> わたしは、公立学校共済組合員です。<br><input type="checkbox"/> こころの悩み相談を希望しています。(生徒指導上のコンサルテーションは本事業の対象外です。) |
| 年代  | 年度内利用回数 |  |
| 代   | 回目      | <input type="checkbox"/> 休暇・休職中ではありません。  |