

京都市教育委員会（令和6年度） まなび支援員希望登録書 * 郵送による提出の場合は 〒604-8161 京都市中京区烏丸通三条下ル饅頭屋町 595-3 大同生命京都ビル 7F 京都市教育委員会事務局 教職員人事課まで				写真 必ず貼付 （裏面に氏名記入）	
ふりがな 氏名		生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
現住所	〒				交通手段 (複数選択可)
連絡先(携帯電話等)	TEL	メールアドレス	自家用車・バイク その他(公共交通機関等) ()		
現住所の校区 (京都市内在住の場合)	() 小学校区	() 中学校区	※不明の場合は空欄		
学歴 ※高等学校 以降、通信 制を含めて 記入	学校名(学部・学科・専攻まで記入)		卒・修了等年月日		卒業・修了・見込
	高等学校		S・H・R	年 月 日	卒業
			S・H・R	年 月 日	
			S・H・R	年 月 日	
保有資格等					日本国籍を有し ない方は○を記入 ()
勤務開始可能日	令和 年 月 日から可能(理由:)				
特技・趣味					
健康状態					
経歴(職歴・活動歴等)					
期間		勤務先・学校・ボランティア活動等			
～					
～					
～					
～					
～					
～					
賞罰	有 ・ 無 ※刑事罰等だけではなく、地方公務員法における処分も含む。 有の場合、具体的な内容を記入 []				
自己アピール 勤務希望内容 記載事項 等					
上記の記載に相違なく、まなび支援員として任用されることを希望します。			氏名 (白筆)		