

京都市教育委員会（令和 9 年度）					写真 必ず貼付 (裏面に氏名記入)	
まなび支援員希望登録書						
* 郵送による提出の場合は 〒604-8161 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地 京都市役所北庁舎 6F 京都市教育委員会事務局 教職員人事課まで						
ふりがな 氏 名		性別	生年月日 (年 齢)	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	交通手段 (複数選択可) 自家用車・バイク・自転車 その他(公共交通機関等) ()	
現住所	〒					
連絡先(携帯電話等)	TEL		メー ル アドレス			
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 ()
希望勤務時間	下限～上限：週 時間 ～ 時間／曜日指定があれば：					
希望校種	幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 総合支援学校 (希望する校種を○で囲んでください。複数選択可)					
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 []					
勤務を避けたい学校	※親族が在籍している学校等がある場合					
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 (自筆)		