

平成31年度 横浜市理科支援員申込書

※番号 (応募者は記入 しないでください)		記入日 平成 31 年 月 日 ◎記載事項は平成31年4月1日現在で記入してください。
フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) 男・女	

(写真貼付欄)  
4 cm × 3 cm  
申込時に写真を貼ってください。  
・3か月以内に撮影したもの  
・スナップ写真不可  
・正面 無帽  
・写真裏面に氏名を記入

現住所	〒	学区の 小学校名		自宅電話	
		親族が勤務または通学している小学校名		携帯電話	
		e.mail			
最寄駅①	線	駅	最寄駅②	線	駅
自宅から駅まで	徒歩・バス 分		自宅から駅まで	徒歩・バス 分	
最寄バス停①	(バス会社: )		最寄バス停②	(バス会社: )	
学区以外で勤務を希望する小学校2校	小学校	小学校	※希望校に勤務できるとは限りません。 ※横浜市外の方は横浜市内の学校を記入。		

期 間	学 歴 (直近順に2校種を表記) [例〇〇大学〇〇学部〇〇科・△△高校]
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

期 間	職 歴 [直近順に記入]
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

▲ 以前、理科支援員をされた方は〇年〇月~〇年〇月 ◎◎小、のように直近順に記入

勤務可能な曜日と時間帯	曜日	月	火	水	木	金	・ 半日単位で勤務可能なところに〇印 ・ 勤務が不可能な時間帯は×印 ・ 調整をすれば勤務可能な時間帯は△印
	午前						
	午後						

所有の教員免許 (取得予定を含める・教科等も表記)	その他の資格
小学校免許	
中学校免許	
高等学校免許	

※教員免許は持っていなくても、出願できます。

健康状態	特記事項 (配慮を要することなど)

