

様式第2号 令和8年度採用茨城県市町村立学校、県立高等学校・中等教育学校・附属中学校、県立特別支援学校
スクール・サポート・スタッフ志願書

受付 月 日

氏名	(ふりがな)	昭和・平成 年 月 日生 (令和9年3月31日現在 歳)
現住所	〒	電話 — —
連絡先	(現住所と異なる場合) 〒	携帯 — —

写真
縦4.0cm、横3.0cm
・上半身脱帽正面向きで、出願前3か月以内に撮影したもの。
・写真の裏に氏名を記載して貼付する。

登録区分	希望する校種 (希望する校種に「レ」を記入。複数可。)	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> 高等学校・中等教育学校・附属中学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	
	勤務可能な業務 (可能な業務に「レ」を記入。複数可。)	<input type="checkbox"/> 授業で使用する教材等の印刷や備品の準備 <input type="checkbox"/> 教材・資料の整理、保管 <input type="checkbox"/> 授業の補助 <input type="checkbox"/> 学校行事・式典等の準備、補助 <input type="checkbox"/> 統計情報のデータ入力、名簿の作成など <input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> その他()	

現在の勤務先 <small>常勤、非常勤、アルバイト等</small>	名称			電話	— —
	住所	〒			
	職名		職務内容		

最終学歴	学校名	都道府県	学校	在籍期間
				昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日

手帳記載事項	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 又は <input type="checkbox"/> 療育手帳 又は児童相談所等が 指定医等の診断書等 <input type="checkbox"/> 発行した知的障害者判断書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保 健福祉手帳		
	障害名		級別
	交付機関	交付年月日(最新の日付)	交付番号
		昭和・平成・令和 年 月 日	

勤務希望地	希望する市町村名または、県立学校名を記載 複数可 (第1希望を最左に)
-------	--

その他	趣味	
	特技・資格	
	面接に際し、配慮すべきことがあれば、内容を記載してください。	