静岡県立中央図書館　読み聞かせサポーター登録申込書

令和　　年　　月　　日

静岡県立中央図書館長　様

生年月日 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 生

住所 〒

電話番号

ＦＡＸ番号 ／　無し

メールアドレス ／　無し

下記のとおり、読み聞かせサポーターとして活動したいので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 志望理由 |  |
|
|
| ボランティア  活動経験 | 有　・　無　　※　どちらかに○をつけてください  ＜「有」の場合は、活動の内容・期間等＞ |
| 読み聞かせ等の  受講済み講座 | 有　・　無　　※　どちらかに○をつけてください  ＜「有」の場合は、受講済み講座の名称・期間等＞  　 例　市町立図書館主催読み聞かせボランティア養成講座　等 |
| 特技・趣味・資格等 |  |
| 活動可能曜日 | ※ ○をつけてください（複数可）  第１木曜日・第２木曜日・第３木曜日・第４木曜日・第１日曜日・第３日曜日   * サポーターの人数によっては、ひと月に活動する回数が変わります。 |
| ボランティア保険 | ※ ○をつけてください。  ボランティア保険加入を  ・希望する　　（当館にて一括して加入手続きをします）  ・希望しない　（別のボランティア保険に加入済み・加入予定） |
| 特記事項 |  |

※　ここに記載された情報は、利用目的以外には使用しません。