

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

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_  
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。