

静岡県立中央図書館 読み聞かせサポーター登録申込書

平成 年 月 日

静岡県立中央図書館長 様

ふりがな
氏名 _____
生年月日・性別 _____ 年 月 日生 (男・女)
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。

記

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	
活動希望曜日	※ ○をつけてください(複数可) ・第一希望 (・第1、3、(5)木曜日 ・第2、4木曜日 ・第3日曜日 ・特になし) ・第二希望 (・第1、3、(5)木曜日 ・第2、4木曜日 ・第3日曜日 ・特になし) ※ ボランティアの人数によっては、ひと月に活動する回数が変わります。
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。