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

氏　　名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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1、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1、3日曜日　・特になし） ※　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。
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。