愛知県子どもの学習支援ボランティア養成・人材バンク登録申込書

フリガナ		性　別	男　・　女
氏　名			
住　所	〒　　－		
連絡先	電話番号：（　　）　　－ FAX 番号：（　　）　　－ E-mail:		
年　齢	◆ 該当する区分に☑をつけてください。 ☐ 10 代～20 代　☐ 30 代　☐ 40 代　☐ 50 代　☐ 60 代　☐ 70 代～		
区　分	◆ 該当する区分に☑をつけてください。 ☐ 教職員　☐ 教職経験者　☐ 大学生　☐ 学習支援の経験あり ☐ 他のボランティア経験あり　☐ 学習支援の経験なし　☐ その他（　　） ◆教職員等資格保有者または資格取得予定者の方は該当に☑と○をつけてください。 ☐ 資格保有者　☐ 資格取得予定者 〈 資 格 〉　☐ 保育士　☐ 幼稚園　☐ 小学校　☐ 中学校　☐ 高校 〈 専攻科目 〉　☐ 国語　☐ 算数・数学　☐ 理科　☐ 社会　☐ 英語 ☐ その他（　　）		
参加可能な市区町村名	◆ 学習支援ボランティアに参加可能な市区町村名をご記入ください。（複数回答可） （例）名古屋市昭和区、長久手市、美浜町		
希望する曜日・時間帯	◆ 希望する曜日に☑をつけ希望時間帯をご記入ください。（複数回答可） 〈 曜　日 〉　☐ 月　☐ 火　☐ 水　☐ 木　☐ 金　☐ 土　☐ 日 〈 時 間 帯 〉　　：　　～　　：		
自己ＰＲ			
留意事項	・希望する市町村や時間帯に合致する学習支援会場を必ずご案内できるとは限りません。 可能な限り複数の選択肢を回答していただきますようお願いいたします。 ・ご記入いただいた個人情報は、本事業に関わる目的にのみ利用し、他の目的には利用いたしません。		
（事務局使用欄）			