学習支援ボランティア登録申込書

＊申し込みには、「学習支援ボランティア」登録規約への同意が必要です。

メール送信先：**c11217@pref.gifu.lg.jp**　　**FAX**送信先：**058-278-2644**

郵送先：〒**500-8570** 岐阜市薮田南**2-1-1**　岐阜県健康福祉部 子ども・女性局 子ども家庭課

学習支援ボランティアとして登録をしたいので、下記により申請します。　令和　　 年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 |  | | | | | 性別 | | 男　　・　　女 |
|  | | | | | 生年月日 | | 昭和 ・ 平成　　 　年  　　　　 月　　　　日　　　（歳） |
| 住　所 | 〒　　　　　－ | | | | | | | |
| 職　業 | 学　生 ・ 社 会 人 ・ そ の 他（　 　　　　　　　　　　　　　　　）  例:退職教員、主婦等 | | | | | | | |
| 【学生に〇をつけた方】 | | | | | | | | |
| 学 校 名 |  | | | | | 学部学年 | 学部　　　　　　　学科  　　　　　　　 年生 | |
| 希望する  支援内容 | ① 対 象 者 | * 小学生 * 中学生 * 高校生 | | | | | | |
| ② 教　 科 |  | | | | | | |
| ③ 場　 所 | 活動可能な地域（市町村名で記入） | | | | | | |
| ④ 日 　時 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金曜日  時　　　分　～　　　　時　　　分 ・　いつでもよい | | | | | | |
| 土曜日  時　　　分　～　　　　時　　　分　・ いつでもよい | | | | | | |
| 特に希望なし | | | | | | |
| 連絡方法等 | ① 連 絡 先 | □電話番号  □E - mail | | | （　　 　　）　　　 －  （　　 　　）　　　 －  　　　　　　　 　＠  ＊メールのある方は記入をお願いします。 | | | |
| ② 連絡希望時間帯 | | 9時～12時　　13時～16時　　いつでもよい | | | | | |
| ③ 予定している移動方法 | | | 自動車　　　公共交通機関　　　徒歩・自転車 | | | | |
| ご希望等 | ＊職務歴や自己ＰＲ、希望する支援内容等 | | | | | | | |

＊登録いただいた個人情報は、学習支援ボランティアの活動以外の目的には使用しません。