

# 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 岐阜市藪田南 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	〒 ー	
職業	学生 ・ 社会人 ・ その他 ( <small>例:退職教員、主婦等</small> )	
【学生に○をつけた方】		
学校名	学部 学年	学部 学科
希望する 支援内容	① 対象者	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 電話番号 ( ) ー ( ) ー <input type="checkbox"/> 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。