

読み聞かせボランティア登録申請書

大野城市長 宛

年 月 日

読み聞かせボランティアとして登録を受けたいので、大野城市読み聞かせボランティア登録要領（平成25年要領第2号）第3条の規定により申請します。

住 所			
ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
電話番号		Eメール	

1. 該当するものにを付けてください。（ありの場合は、名称を記入）

<input type="checkbox"/> 読み聞かせ講習の修了（講習会名	）
<input type="checkbox"/> 読み聞かせの経験（事業名	）

2. 活動したい読み聞かせの内容に該当するものにを付けてください。（複数可）

<input type="checkbox"/> 乳幼児向け	<input type="checkbox"/> 中学生以上向け	
<input type="checkbox"/> ブックスタート	<input type="checkbox"/> 障がい者向け	
<input type="checkbox"/> 小学生（低学年）向け	<input type="checkbox"/> 高齢者向け	
<input type="checkbox"/> 小学生（高学年）向け	<input type="checkbox"/> その他（	）

3. 活動したい地区に該当するものにを付けてください。（複数可）

<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 南地区	<input type="checkbox"/> 中央地区
<input type="checkbox"/> 東地区	<input type="checkbox"/> 北地区	

4. 活動したい日時に該当するものにを付けてください。（複数可）

<input type="checkbox"/> いつでもよい	<input type="checkbox"/> 曜日による（平日・土日・祝日）	
<input type="checkbox"/> 時間帯による（午前・午後）	<input type="checkbox"/> その他（	）

5. まどぷらへの参加者登録について該当するものにを付けてください。

<input type="checkbox"/> 登録を希望する	<input type="checkbox"/> 登録を希望しない	<input type="checkbox"/> すでに登録している
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

※ご記入いただいた個人情報については、読み聞かせ事業にのみ使用するものであり、その他の目的には一切使用いたしません。