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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | 性別 | 　　　男　　・　　女 |
|  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　　　　（歳） |
| 住　所 | 〒　　　　　－ |
| 学生等 | 学校名 |  |
| 学　部学　年 | 　　　　　　　　学部　　　　　　　　　学科　　　　　年生　 |
| 希望する支援内容 | 　対象者 | * 小学生
* 中学生
* 高校生
 |
| 　教　科 |  |
| 　場　所 | 活動可能な地域（市町村名で記入） |
| 　日　時 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 　　・ 　いつでもよい　 |
| 　土 　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 　　・ 　いつでもよい |
| 　特に希望なし |
| 連絡方法等 | 　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。 |
| 　連絡希望時間帯　　 9時～12時　　13時～16時　　いつでもよい |
| 　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。

＊オンライン申込も可能です。こちらから→

令和7年1月版