

子育て支援ボランティア(キラキラサポーター)養成講座申込書

年 月 日

福山市長 様

子育て支援ボランティア(キラキラサポーター)養成講座に、次のとおり申し込みます。

※ふりがな 名 前			生年月日	年 月 日
住 所	〒 ー 福山市 町			
連 絡 先	電話(自宅)		電話(携帯)	
	F A X		Eメールアドレス	
子育て経験	あり ・ なし			
資 格	保健師・助産師・看護師・保育士・幼稚園教諭・養護教諭・栄養士またはこれらに準ずる資格 あり () ・ なし			
子育て支援業務に携った経験のある方は、その内容をご記入ください。				
ボランティア活動について				
活動経験	あり ・ なし	所属団体		
活動内容				
活動場所	交流館、自宅、個人宅、その他 ()			
子育て支援ボランティアとしての活動について				
活動可能時間	曜日や時間のご都合を記入してください。			
役立てたい 資格・特技				
備 考				

※受講決定に関するご連絡は、募集期間終了後となります。

※受講に際して託児は行っておりません。