

西尾市子どもの学習支援事業 ボランティア登録書

年 月 日

基本 情報	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	氏名		生年月日	年 月 日
			年齢	歳
	住所	〒 ー		
	電話番号	自宅	携帯	
Eメール (任意)	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> スマートフォン			
所属	学校名等		学部	
			学年	
参加会場	<input type="checkbox"/> 総合福祉センター <input type="checkbox"/> きら市民交流センター (参加する会場を選んでください。両方参加することも可能です。)			
得意科目、 活動にあたって の希望等				

(連絡先 健康福祉部福祉課保護担当 鳥居 直通電話 0563-65-2116 FAX0563-56-0112)