

「絵本コンシェルジュ」養成講座申込書

ふりがな	
氏名	年齢（ ）才
現住所	〒 ー
連絡先	日中連絡が取れる番号をご記入ください (固定電話) () ー (携帯電話) () ー (FAX) () ー (メールアドレス) @ . . .
養成講座参加希望地	応募多数の場合、他の地区での受講をお願いすることもあります。 (福岡・北九州・筑後・筑豊のいずれか) 第1希望 () 第2希望 ()
読書ボランティア経験年数歴	1月当たり平均()回実施 経験年数()年 読み聞かせボランティア団体名※ () ※所属団体があればご記入ください。また、所属団体が青少年アンビシャス運動参加団体である場合は、右欄に○を付けてください。 運動参加団体である ()
養成講座への参加希望動機について	
「今後、どのような絵本コンシェルジュとして活動したいか」についてお書きください。	
「乳幼児期の読み聞かせに関して、あなたが課題だと感じることを自由に書きください。	

※申込者が自筆で記入してください。(鉛筆不可)