「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	〒　　－
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）（　　）　　－ （携帯電話）（　　）　　－ （FAX）（　　）　　－ （メールアドレス※）　　@ ※読書活動に関するイベント情報等のメールアドレスへの送信を希望しますか。 〇を付けてください。　　**希望する　・　希望しない**
養成講座参加希望地区	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、右欄に〇を付けてください。**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」を自由にお書きください。	

※申込者が自筆で記入してください。（鉛筆不可）