

(第1号様式)

# 名古屋市中学生の学習支援事業学習サポーターバンク登録申込書

(受付番号)

記入日 (平成 年 月 日)

ふりがな			性別	生年月日	( 年 月 日生 ) ( 歳 )
氏名					
住所等	(〒 - )				
	連絡先(電話)	-	-	携帯電話	-
	電子メールアドレス				

<一般・社会人等の方>

職業等		教育・福祉の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は内容を具体的に記入ください。 ( )
-----	--	----------	---	----------------------------

<学生の方>

学校名		学部 学年		学部	年
サークル活動	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合内容(具体的に)			
アルバイト経験	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合内容(具体的に)			

資格・免許	年	月	資格・免許	年	月	資格・免許

学習サポーターを志望する理由						
得意な教科						
活動を希望する地域	希望する区の番号に☑を付けてください。複数可。					
	<input type="checkbox"/> 00 全区	<input type="checkbox"/> 01 千種区	<input type="checkbox"/> 02 東区	<input type="checkbox"/> 03 北区	<input type="checkbox"/> 04 西区	<input type="checkbox"/> 05 中村区
	<input type="checkbox"/> 06 中区	<input type="checkbox"/> 07 昭和区	<input type="checkbox"/> 08 瑞穂区	<input type="checkbox"/> 09 熱田区	<input type="checkbox"/> 10 中川区	<input type="checkbox"/> 11 港区
	<input type="checkbox"/> 12 南区	<input type="checkbox"/> 13 守山区	<input type="checkbox"/> 14 緑区	<input type="checkbox"/> 15 名東区	<input type="checkbox"/> 16 天白区	
活動を希望する曜日	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 特になし					
活動可能な日数	<input type="checkbox"/> 月に数回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週3回 <input type="checkbox"/> 週4回 <input type="checkbox"/> 週5回以上					

学習サポーターバンクの支援	<input type="checkbox"/>	登録情報に合致する学習支援事業者の情報提供のみを希望
		提供方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電子メール
	<input type="checkbox"/>	登録情報にそってマッチングまで行うきめ細やかなサポートを希望

その他	(アピールポイントなど特に記入したいことがあればご自由にお書きください)
-----	--------------------------------------

該当する☐に☑チェックをしてください。