

子ども支援員登録カード

登録日 年 月 日

ふりがな			生年月日	年	月	日生	写 真		
氏 名									
現 住 所	〒		携帯電話番号						
			自宅電話番号						
	(自宅最寄り駅: 線 駅)		メー ル						
住所以外の連絡先	〒		電 話 番 号						
通学先	(学校名) (在籍年) 年 (学部・学科・専攻等)		勤務先	(勤務先名称) (所在地) TEL					
趣味・資格・特技									
登 録 の 動 機									
支 援 可 能 な 内 容			<input type="checkbox"/> にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 教室での授業補助 <input type="checkbox"/> クラスで適応しにくい児童へのフォロー <input type="checkbox"/> 飛び出しの多い児童の安全確保 (見守り) <input type="checkbox"/> その他 > 支援活動にあたり、実施可能で支援に有効だと考えられる手立て等があれば括弧内にご記入ください。 ()						
希 望 す る 派 遣 先			<input type="checkbox"/> にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校						
活 動 可 能 な 曜 日 ・ 時 間 帯				月	火	水	木	金	土
(※都合の良い箇所に○を付けてください。具体的な時間帯が分かる場合は、そちらも記入してください。)			午 前						
			午 後						
備 考			※連絡のつきやすい時間帯: (※条件等あればご記入ください。)						

★この登録カードは、子ども支援員派遣活動以外の目的で使用することはありません。