

虹色サポートスタッフ登録カード

登録年月日 年 月 日

写真

上半身・脱帽
3ヵ月以内のもの
縦4cm・横3cm

ふりがな	男	生年月日
氏名	女	年 月 日
住所 〒		
電話番号		
携帯番号		
Eメールアドレス		

緊急連絡先	氏名	関係 ()
-------	----	--------

好きなこと、興味のあること、得意なこと

資格など

☐ 逗子市「子育てサポーター育成講座」受講中・()年終了

活動できる時間帯・曜日などが固定の場合はお書きください。

希望する学校

☐ どこでもよい ☐ 小学校 ☐ 中学校 ☐ 希望あり(学校名は下線部に記入)提出先：
逗子市教育研究相談センター
☎046-873-1111
(内線
567)