チャイルドライン佐久受け手養成講座受講申し込み書

年　　月　　日現在

ふりがな			
氏　　名			
生年月日	大正・昭和・平成 年　　月　　日生　（満　　歳）		※ 男　・　女
携帯電話番号		E-MAIL	
ふりがな			電話（　　） ―
現住所〒			FAX　（　　） ―

写真を貼る位置

1. 縦 36～40 mm
   横 24～30 mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面にのりづけ
4. 裏面に氏名記入

連絡の取りやすい電話番号（講座の変更などがある場合に連絡することがあります）

年	月	最終職歴もしくは現在の勤務先
年	月	ボランティア歴

記入上の注意　１：鉛筆以外の黒または青の筆記具で記入。
２：数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。
３：※印のところは、該当するものを〇で囲む。

年	月	免許・資格

同居家族 (配偶者を除く)　　人	配偶者 有　・　無

チャイルドライン佐久受け手養成講座を受講しようと思った理由
チャイルドライン佐久の受け手になりたいと思いますか？（いずれかに〇・受講後変更も可） ①　はい　　②　いいえ　　③まだわからない

アンケート

① チャイルドラインを以前から知っていた。　　はい　　いいえ

② 今回の講座は何でお知りになりましたか？

１．佐久広報　２．ポスター・チラシ　３．口コミ　４．その他

その他の方は何で知ったかご記入ください（　　）

＊ご協力ありがとうございました。

＊ご記入いただいた内容はチャイルドライン佐久の目的以外では利用はいたしません。