

ふりがな					
氏名					
生年月日	(西暦)	年	月	日	
職業					
住所	(〒 -)				
電話 / Fax E-mail アドレス	Tel : () / Fax : () (携帯 : ()) E-mail :				
船橋市国際交流協会 会員について	現在すでに 現在まだ 会員である ・ 会員でない				
日本語指導方法を勉強した 経験について	ある ・ ない 時期 : 内容 :				
外国人に日本語を教えた 経験について	ある ・ ない 期間 : 年 か月 場所 :				
活動開始希望時期	<input type="checkbox"/> 修了後すぐにやりたい <input type="checkbox"/> () 月以降からやりたい <input type="checkbox"/> わからない (理由 :)				
活動希望教室		場 所	曜 日	時 間	希望順位
いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 対面教室を希望します <input type="checkbox"/> オンライン教室を希望します <input type="checkbox"/> どちらでも可 対面・オンラインそれぞれ希望順位を記入してください。 希望しない教室は×を付けてください。 ※特に夜の対面教室のボランティアが不足しています。	対面	協会サロン (南本町)	月	9:45~11:45 15:00~17:00	
		中央公民館	火	9:45~11:45	
		二和公民館	火	19:00~21:00	
		東部公民館	水	9:45~11:45	
		薬円台公民館	金	19:00~21:00	
		葛飾公民館	金	19:00~21:00	
		宮本公民館	土	12:45~14:45	
		協会サロン (南本町)	木	19:00~21:00	
	オンライン	オンライン	火	13:00~14:30	
オンライン	オンライン	木	19:00~20:30		

希望順位を記入してください

希望順位を記入してください

氏名 _____

・本講座の受講動機について、自由にお書きください。

※自筆やパソコンでの作成など、書式・形式を問いません。