

紙の博物館サポーター研修受講申込書

令和 年 月 日

いの町紙の博物館長 平尾 里枝美 様

私は、紙の博物館サポーター研修を受講したいので、以下のとおり申込みます。

| | | | |
|---|------------------|-----|-----|
| ふりがな | | | |
| 氏 名 | | 性 別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) | | |
| 住 所 | 〒 _____ | | |
| 連 絡 先 | 自宅電話： () _____ | | |
| | 携帯電話： () _____ | | |
| | メールアドレス： _____ | | |
| 受講しようと思った理由 | | | |
| やってみたいサポーター活動 ・該当する項目に☑をしてください。(複数可) <input type="checkbox"/> 館内説明 <input type="checkbox"/> 紙漉き体験補助 <input type="checkbox"/> 展示会 会場係 <input type="checkbox"/> 展示会 搬入・搬出補助 <input type="checkbox"/> 収蔵品管理補助 <input type="checkbox"/> 収蔵品撮影 <input type="checkbox"/> 体験教室補助 <input type="checkbox"/> 花壇管理 <input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> その他 (具体的にご記入ください) | | | |
| 受講可能日程 (午前午後の制約がある場合は記入してください) <input type="checkbox"/> 火曜日 () <input type="checkbox"/> 水曜日 () <input type="checkbox"/> 木曜日 () <input type="checkbox"/> 金曜日 () <input type="checkbox"/> 土曜日 () <input type="checkbox"/> 日曜日 () | | | |
| 備 考 | | | |

※以下の方法でお申込みください。※申込締切 9月20日 (金)

①TEL : 088-893-0886 ②FAX : 088-893-0887
③mail : tosawasi@bronze.ocn.ne.jp ④紙の博物館へ直接持ち込み