

「フォレストサポーター養成セミナー」受講申込書

公益財団法人 石川県緑化推進委員会理事長 殿

令和 2 年 月 日

| ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | | 年齢 | 血液型 |
|----------------------|--------------------------------|-----|---------------------------|----------|-------|-----|-----|
| 氏名 | | | 男・女 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 歳 | 型 |
| 自宅 | 〒 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| | 電話 | — — | FAX | — — | 携帯 | — — | |
| 勤務先 | 勤務先名 | | | | | | |
| | 〒 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| | 電話 | — — | FAX | — — | 携帯 | — — | |
| 連絡先 | 自宅 勤務先 (○で囲む)その他の場合は下欄へ記入して下さい | | | | | | |
| | 〒 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| | 電話 | — — | FAX | — — | 携帯 | — — | |
| 森林ボランティア活動の参加経験 | | | 有(S・H・R 年頃から 約 回/年程参加) 無 | | | | |
| ボランティア団体加入の有無 | | | 有(団体名:) 無 | | | | |
| 健康状態についての自己診断 | | | 自信がある・普通・自信がない (いずれか○で囲む) | | | | |
| その他特記事項があれば記入してください。 | | | | | | | |

○いただきました個人情報につきましては、フォレストサポーター養成セミナー関係以外に使用しません。