

「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 3 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。