

令和8年度ブックスタートボランティア参加申込書 (新規・更新)

令和 年 月 日

ふりがな			
氏名			
住所	〒		
連絡のつく電話番号	携帯:	自宅:	
年齢	18歳以上ですか? (はい ・ いいえ) ※18歳未満は参加不可		
胸部レントゲン検査 (ブックスタート事業は3~4か月児が対象ですので、結核等の胸部レントゲン検査が必要です。)	① 1年以内の胸部レントゲン検査実施 (検査している ・ 検査していない) ② 受診医院機関名等、時期 (受診医療機関名等: 時期: 年 月) ③ 受診結果 (異常なし ・ 指摘あり) ※区の健康診査を利用することもできます(自費)。		
活動不可日や時間等			
その他 (何かありましたらご記入ください。)			

※情報共有のため保健センターに提供する場合を除いて、個人データを第三者に提供することはありません。

■活動可能な場所をお知らせください。

(○:メインで活動 △:お手伝い可能な場所 ×:活動不可 ※複数回答可)

回答	活動場所(健診会場)	担当図書館	電話番号
/	金町保健センター(金町4-18-19)	中央	03-3607-9201
	子ども未来プラザ東四つ木(東四つ木2-15-11)	立石	03-3696-4451
	南綾瀬地区センター(堀切7-8-22)	お花茶屋	03-3690-7661
/	新小岩保健センター(西新小岩4-33-2)	上小松	03-3696-7901
	青戸保健センター(青戸4-15-14 健康プラザかつしか内)	亀有	03-3690-1901
	水元保健センター(東水元1-7-3)	水元	03-3627-3111
	子ども未来プラザ鎌倉(鎌倉1-7-3)	鎌倉	03-3650-7741

※希望多数の場合は図書館で調整させていただきます。

裏面の回答もお願いいたします。⇒

お申し込みにあたって、質問へのご回答をお願いします。

■葛飾区立図書館でのボランティア活動についてお尋ねします。

① 葛飾区立図書館での読み聞かせボランティア活動について

(現在活動している ・ 以前活動していた ・ 活動したことはない)

② 現在活動している・以前活動していた方は以下にご記入ください。

(活動図書館名: _____ 図書館)

(活動内容: ブックスタート おはなし会 おひざにだっこのおはなし会
絵本の読み聞かせ その他 _____)

■初めてブックスタートボランティアにお申し込みの方にお聞きします。簡単で構いませんので、活動の動機をお聞かせください。

(_____)

以下を確認し、ご了承いただけましたら、「了承した」を○で囲んでください。

■交通費は出ません。 ⇒ 了承した

■希望者の多い会場は、活動回数が少なくなる、もしくは参加を見合わせていただく場合があります。 ⇒ 了承した

■保健センターと事前に打合せして、進めている事業です。図書館職員や保健センターの指示に従って活動していただくこととなります。配布した注意事項を守って活動をお願いします。

⇒ 了承した