■次の項目をすべてご記入ください。

**地域に根ざす中間支援組織スタッフのためのアップ塾**

**スタートアップ編　参加申込書**

FAX：03-3235-0050　支援力アップ塾担当 宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  | 参加区分 | ※どちらか一方にチェックを入れてください。□基本コース（全３回）□体験コース（第１回（5/11）のみ） |
| 生年月日＊ | 西暦　　 　　年　 　月　 　日 | 性　別＊ | 男性　・　女性 |
| 所属団体 |  |
| 職　名 |  | 勤務形態 | ※該当するものを○で囲んでください。常勤 ・ 非常勤 ・ その他（　　　） |
| 所属団体連絡先 | 〒TEL：　　　　　　　　 FAX：　　　　　　　　　MAIL： |
| 基本コースの方のみ | 自宅連絡先＊ | 〒TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　MAIL：※ボランティアコーディネーション力３級検定合否通知をお送りする際必要になります。 |
| 担当業務 | 勤続年数／（　　　）年（　　　）か月業務内容／ |
| 基本コースの方のみ | 所属先がもつ中間支援の機能＊ | ※該当するものすべてにチェックを入れてください。□相談　　□ 活動支援(□ボランティア □ 市民活動団体 □ NPO法人 □ その他(　　　　))□NPO等組織支援(設立、運営、財源確保など)　　　□情報発信□プログラム開発と実施(体験、講座の企画実施など) □政策提言□地域資源開発(調査、問題提起の場づくりなど)　　 □会議室等活動資源の提供□その他(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 基本コースの方のみ | ボランティア活動の経験＊ | 経験年数／（　　　）年（　　　）か月活動の分野・内容／ |
| 基本コースの方のみ | ボランティアコーディネーションの経験＊ | 経験年数／（　　　）年（　　　）か月業務、活動の分野・内容／ |
| 基本コースの方のみ | 合格ＩＤ＊ | ※ボランティアコーディネーション力検定３級をお持ちの方は、お書きください。 | 基本コースの方のみ | ボランティアコーディネーション力検定公式テキストの有無＊ | あり　・　なし |
| 受講動機を教えてください。 |
|  |
| その他、研修についてご意見等、ご自由に記入してください。 |
|  |
| 懇親会の出欠状況 | ※1日目（5月11日）の研修終了後に実施する懇親会の出欠をお知らせください。出席 ・ 欠席 |

※＊印は、ボランティアコーディネーション力検定の申込み及びその後の事務に必要になりますので、

必ずご記入ください。