

No.

R4 子どもの読書相談室申込書

受付日 月 日 受付者()

●お名前又は団体名 (ふりがな) <input type="checkbox"/> 在住 <input type="checkbox"/> 在勤 <input type="checkbox"/> 在ホウ	●昼間つながる電話番号 (★講師より、ご希望詳細をお聞きすることがあります)
◎個人の場合 ・所属(学校ボランティア・職場などが、あれば)	●ご住所
◎団体の場合 ・代表者(連絡先)のお名前 (ふりがな)	●活動している場 (あれば)
●希望する日にち (○をつけてください) ①6月25日 ②8月27日 ③9月24日 ④10月22日 ⑤11月26日 ④1月28日 ⑤2月25日	●希望する時間 (先約と時間が重なる場合は、ご相談させていただきます) ()時 ()分～ ()時()分 所要時間 ()分間
●相談したいこと・教えてほしいことをお書きください。 (後日、講師がお電話で詳細をお聞きする場合があります)	
(例) ①読み聞かせについて(学校などでの読み方／ご家庭での読み方・絵本の与え方／初級向き／レベルアップ向き) ②自分の読み聞かせ・紙芝居・ストーリーテリング、ブックトークをチェックしてほしい ③読み聞かせの本選びについて(赤ちゃんには？ 幼児には？小学生には？中学生には？) ④紙芝居について、⑤お話会の開き方、プログラムの相談、 ⑤その他、子どもの本と、子どもの読書に関すること	

★お電話で申し込まれる方には、この内容をお聞きします。三芳町立中央図書館 電話258-6464