

宛先 栄図書館 学校連携担当

FAX 891-2803 TEL 891-2801

栄図書館小学校支援プログラム申込書

年 月 日

学校名			フリガナ 担当者名		
				(教諭・その他)	
連絡先	電話 ()	FAX		()	
希望内容 (希望の項目に チェックしてく ださい)	<input type="checkbox"/> まちたんけん		<input type="checkbox"/> まちたんけん + インタビュー		
	<input type="checkbox"/> 図書館見学(□ブックトーク □読み聞かせ □自由読書)				
	<input type="checkbox"/> 調べ学習 □ 学習成果物の展示				
	<input type="checkbox"/> 障がいのある子どもへの支援(□おはなし会□図書館見学)				
	<input type="checkbox"/> 司書による学校訪問 (下記もチェックしてください) (□ブックトーク □読み聞かせ □調べ学習 □学校図書館環境整備相談)				
	<input type="checkbox"/> 学校図書館環境整備相談				
	<input type="checkbox"/> 教職員向け各種研修・講習 (□読み聞かせ □ブックトーク □環境整備)				
	<input type="checkbox"/> 図書を選定に役立つ情報の提供				
参加者	児童の学年	人数	教員人数	保護者人数	合計人数
	年 組	人	人	人	人
	年 組	人	人	人	人
	年 組	人	人	人	人
希望日程	見学・訪問・研修等は火～金曜日のみ受入可能です。ご注意ください。				
	第一希望	月 日 ()	時 分	～	時 分
	第二希望	月 日 ()	時 分	～	時 分
	第三希望	月 日 ()	時 分	～	時 分
備考					
図書館 記入欄					

※ご記入いただいた個人情報は、業務の目的以外には利用しません。