

## 伊豆の国市立図書館出張読み聞かせ等申込書

提出期限：開催希望日の1ヶ月前まで

学校名及び学年 保育園・幼稚園	学校 年 保育園・幼稚園
連絡担当者	TEL： FAX：
対象人数	園児・児童・生徒 人（人×クラス）で1日 回
希望日	第1希望日 年 月 日（ ） : ~ : 第2希望日 年 月 日（ ） : ~ : 第3希望日 年 月 日（ ） : ~ : 継続実施 年 月 ~ 年 月
希望する内容	<input type="checkbox"/> おはなし会 <input type="checkbox"/> 読み聞かせ <input type="checkbox"/> パネルシアター <input type="checkbox"/> ストーリーテリング（すばなし） <input type="checkbox"/> 紙しばい <input type="checkbox"/> ブックトーク （テーマがある場合は、そのテーマ） <input type="checkbox"/> アニメーション（読書を深めるゲーム） <input type="checkbox"/> 保護者対象読み聞かせ講座                              （対象人数： 人） その他（    ） <input type="checkbox"/> その他
継続実施の場合	年間計画を記入してください。 例 読み聞かせ毎月1回（できれば、毎月00日など）

**【図書館処理欄】**

受付年月日	担 当
年 月 日	〃