

<送信先> 国際子ども図書館 児童サービス課 児童サービス運営係

<FAX 送信先> 03-3827-2043

・お申込みは、実施希望日の前月の10日までにお願いします。



## 国際子ども図書館見学(特別支援学校向け)申込書

申込内容	※希望番号に○をつけてください。複数項目の選択が可能です。 ① おはなし会(30分) ② 自由読書(15～30分) ③ 館内見学(30分) ④ その他
学校名 担当教諭氏名	園・学校名: _____ 担当教諭氏名: _____
学校所在地	〒(      -      )
電子メール(必須)	
電話(必須)・FAX	TEL: _____ FAX: _____
実施希望日時	※金～月曜日、祝日、第2・3水曜日、夏期・冬期・春期学校休業中は申込不可です。 ① 第1希望 _____年 ____月 ____日 (火・水・木) ____:____ ~ ____:____ ② 第2希望 _____年 ____月 ____日 (火・水・木) ____:____ ~ ____:____ ③ 第3希望 _____年 ____月 ____日 (火・水・木) ____:____ ~ ____:____
事前打合せ希望日時	※1時間程度の予定です。現場の下見と詳細のご相談ができます。 _____年 ____月 ____日 (火・水・木) ____:____ ~
参加人数・クラスと 引率者	※1回に参加できる人数は10名程度です。超える場合はご連絡ください。 1 全体の参加人数(いずれかに○をつけてください) 幼稚・小学・中学・高等部・ _____名(他、引率____名) 2 クラスごとの人数(例:A組15名等) ① _____組 _____名      ② _____組 _____名
特記事項	※配慮が必要な事項、時間の制約等がある場合はお知らせください。 ※学校バス等で来館される場合は、乗降のための敷地内への進入は可能です。車種・車番を記入してください。駐車・停車はバスの大きさや台数に制限があるため、別途ご相談ください。 ※昼食・休憩場所・その他についてもご相談に応じます。