



<FAX 送付先> **03-3827-2043** 国際子ども図書館 児童サービス課 児童サービス運営係
・お申込みは、**希望日の前の月の 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

滞在予定時間をご記入ください。	館内見学、おはなし会など希望するコースをすべて含めた全体の時間です。 時間 分
希望のコースにチェックしてください。 (複数チェック可)	☐ ①館内見学 (15~30 分) ☐ ②おはなし会 (30 分) ☐ ③子どものへや自由読書 (15~30 分) ☐ ④その他 () * カッコ内は所要時間の目安です。内容、人数などによって異なります。
学校名・担当の先生の氏名	学校名 : _____ ふりがな 先生の氏名 : _____
学校の住所	〒 ()
E-mail (あれば)	
電話・FAX	TEL: _____ FAX: _____
見学希望日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (火・水・木) 曜日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
事前打ち合わせ希望日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (火・水・木) 曜日 _____ 時 _____ 分 ~ (1 時間程度を予定しています。)
金・土・日・月曜日、祝日及び第 2・第 3 水曜日、学校等の夏期・冬期・春期休業中は実施していません。(学校等長期休業中の事前打合せは可能です。)	
参加人数・学年と引率者	1 回に参加できる人数は 10 名程度までです。 参加人数をご記入ください。 (幼稚・小学・中学・高等) 部 _____ 名 (他、引率 _____ 名) 2 クラスの場合、クラスごとの人数をご記入ください。(例 ; A 組 5 名) ① _____ 組 _____ 名 ② _____ 組 _____ 名
特記事項	当日の予定 (時間の制約)、移動手段 (バス・車)、休憩場所の用意等、配慮すべきことがあればご記入ください。

申込状況により、ご希望にそえないことがあります。予めご了承ください。