**こども本の森 中之島　案内・見学申込書**

令和　　　　　年　　　 月 　　　日

こども本の森　中之島　館長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学校名

住所

所属長名

担当者

電話番号

FAX番号

次のとおり、こども本の森 中之島見学を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日 | 第1希望 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　） |
| 第2希望 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　） |
| 希望時間 | 1. ９：３０～１１：００　　　　　２）１１：３０～１３：００　　　　３）１３：３０～１５：００

４）どの時間帯でも可 |
| 予定人数 | 　　　　年生　　　　　名　（クラス数：　　　　　　）　　　　　年生　　　　　名　（クラス数：　　　　　　）　　　　　　　　引率者：　　　　　　　名　　　　　　 |
| 下見希望日時 | 第１希望 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　 | 希望時間 |  |
| 第２希望 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　 | 希望時間 |  |
| 見学内容 | ※希望する項目に、☑をお付けください。※時間の記入がない場合は、こども本の森 中之島で調整いたします。・ 館内説明　　　　　 （　１０分程度 ）□ 自由見学　　　　　 （　　 　分程度 ）□ おはなしの時間　 （　１５分程度 ）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　考 |  |

○ 太枠内にご記入の上、こども本の森 中之島へご持参いただくか、ＦＡＸ（鑑不要）で送信してください。

○ 申込用紙は希望日の１か月前までに必ずご提出ください。

○ 日程等の変更が生じた場合は、お早めにご連絡ください。

〇　下見見学は２名まででお願いいたします。

【　こども本の森　中之島　通信欄　】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受　　入 | 可　　　・　　　不可 |
| 実施日時 | 令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日（　　　　　） |
| （午前・午後）　　　　　時　　　　　分　～　（午前・午後）　　　　　時　　　　　分 |
| 受　　付 |  | 備　　考 |  |
| 下見受付日時 |  |

こども本の森　中之島

ＴＥＬ：06－6204－0808

ＦＡＸ：06－6204－3322