

受付番号

FAX送付先:082-222-7020

## 家庭読書アドバイザー派遣申込用紙

(申込日 年 月 日)

施設名	ふりがな ご担当者名
郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号
所在地	FAX番号

※希望日は、令和7年4月15日(火)から令和8年2月21日(土)の間でご記入ください。  
 ただし、以下の日を除いてください。  
 月曜日、日曜日、祝日、祝日の翌日、年末年始(12/29~1/4)  
 ※日時については、当館で調整させていただきますので、第3希望までご記入をお願いします。

第1希望日	年 月 日( )	:	~	:
第2希望日	年 月 日( )	:	~	:
第3希望日	年 月 日( )	:	~	:
参加予定人数	・大人 名	子ども 名		
	・保護者と子ども	組		
★幼稚園・保育園・認定こども園のみ記入★				
在園児数(申込時) 0・1歳児 名、2歳児 名、年少児 名、年中児 名、年長児 名				
内容についての希望等				

※このチラシは広島市こども図書館ホームページからダウンロードできます。

※お申し込み後、2週間以内に連絡がない場合は、当館までお問い合わせください。