

いのちのお話会申込み用 メール・FAX送信票

送信日時	令和 年 月 日	送信枚数	枚（送信票含む）
送付先	佐世保市すこやか子どもセンター 「いのちのお話会」 担当者 宛 sukosen@city.sasebo.lg.jp FAX：0956-25-9673		
園名			
連絡先	電話		FAX
担当者名			

【要確認事項】

- ※開催希望日の3ヶ月前までにお申し込みください。
- ※対象児は原則4歳児または5歳児になります。
- ※保護者の参加人数が0名の場合は開催ができません。

～時間について～

- ・お話会はおよそ1時間30分程度です。
- ・午前希望の場合は、終了時間が11時30分までになるようお願いします。
- ・午後希望の場合は、開始時間が13時30分以降でお願いします。

【お話会開催希望日時】

第1希望日	令和 年 月 日	曜日
第2希望日	令和 年 月 日	曜日
第3希望日	令和 年 月 日	曜日
希望開始時間	時 分 ～	

【対象園児および保護者数】

4歳児	名	5歳児	名
保護者	名		

■これまでに貴園にて「いのちのお話会」を開催されたことはありますか？

☐ はい ☐ いいえ

■下記の絵本は園でお持ちですか？

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ・「あなたがだいすき（ポプラ社）」 | ☐ あり | ☐ なし |
| ・「私のはなし（童心社）」 | ☐ あり | ☐ なし |
| ・「おちんちんのえほん（ポプラ社）」 | ☐ あり | ☐ なし |

■その他の連絡事項