

子ども読書スキルアップ講座 受講申込書

FAX送信先:083-932-2817

(山口県子ども読書支援センター宛)

ふりがな	
氏名	
所属または住所	
職名等 (該当に○)	司書教諭・教諭・学校司書・ボランティア・公共図書館職員
電話番号	※定員を超えた場合のみ連絡します。

受講希望日に○を記入してください

<input type="checkbox"/>	5月16日(土)
<input type="checkbox"/>	6月7日(日)
<input type="checkbox"/>	6月28日(日)
<input type="checkbox"/>	交流会への参加