

[お願い]学校図書館ボランティアの方にはお渡しください。3ページあります。

令和4年7月5日

横須賀市立各学校長様
同 PTA会長様
学校図書館担当教諭様
学校図書館ボランティア様

横須賀市PTA協議会
会長 櫻井 聡
学校図書館ボランティア活性化委員長 坂下 泉

読書推進講演会のご案内

盛夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。日頃より横須賀市PTA協議会にご理解・ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、本年度も標記講演会を開催いたします。ぜひご参加ください。

横須賀市の子ども読書を考えよう ～令和3年度児童生徒読書実態調査から～ & ビブリオバトル体験会

横須賀市の子どもたちは本にどのくらい親しんでいるのでしょうか？実態調査を基に、子どもたちを取り巻く読書環境について、一緒に考えてみませんか？また、楽しく読書の輪を広げることができる「ビブリオバトル」を私たちも体験してみましょう。

*ビブリオバトルとは・・・バトラーがお気に入りの本を紹介し、参加者は読みたくなった本に投票する、遊び心を取り入れたコミュニケーションゲームです。

1. 日時 令和4年10月7日(金) 10:00~12:00 (9:40開場)
2. 会場 横須賀三浦教育会館 2階ホール (横須賀市日の出町3-19-16)
3. 講師 横須賀市PTA協議会 学校図書館ボランティア活性化委員
4. 定員 80名(先着)
5. 参加対象 横須賀市立小・中・特別支援学校PTA会員・学校司書
6. 申込方法 申込書提出、Eメール、Google フォームのいずれかから申し込み
7. 申込締切 令和4年9月9日(金)
8. 持ち物 自分が好きな本一冊(少人数での座談会で簡単に紹介し合います)



- ★★ビブリオバトルは、観戦のみの方も大歓迎ですので、お気軽にご参加ください。
- ★★学校図書館ボランティアだけでなく、PTA会員であればどなたでも参加いただけます。
- ★★このご案内は市P協HP(<https://pta-yokosuka.com/>)にも掲載されています。

今回の講演会は、学校図書館ボランティア以外のPTA会員の方も参加できます。
周囲の方に積極的なお声かけをお願いいたします。

■その他ご連絡

※欠席遅刻の連絡を、会館にはしないでください。当日の欠席遅刻のご連絡は不要です。

※ビデオ撮影・録音はご遠慮ください。写真撮影については可能ですが、講師以外の方の顔が写っている場合には、広報紙などへの掲載及びツイッター、Facebook など Web 上への公開はご遠慮ください。

※みなさんに安心して参加いただけますように3密を避ける対策をいたしております。マスクを着用していただき、手洗い、アルコール消毒は適宜行って感染拡大防止にご協力をお願いします。なお、体調がすぐれない方は参加いただきませんようお願いいたします。

※コロナ感染状況や台風等自然災害の影響により、変更や中止となる場合がある事をご了承ください。その際には、市P協 HP(<https://pta-yokosuka.com/>)でご案内いたします。

お問い合わせ先： 横須賀市PTA協議会 事務局 担当:浅井
横須賀市日の出町3-19-16 横須賀三浦教育会館5階
電話 824-1478 FAX 824-1480
Email office@pta-yokosuka.jp サイト <https://pta-yokosuka.com/>

R4 年度読書推進講演会 申込み方法

1. Google フォーム



<https://forms.gle/rcgCc9N7eYcGs3ZXA>

2. Eメール

宛先:pta.yokosuka@gmail.com

件名:R4年度読書推進講演会申込

[メール本文]

- ① 学校名(必須)
- ② 参加者氏名(必須)
- ③ 参加者氏名ヨミガナ(必須)
- ④ 参加者携帯番号(必須)
- ⑤ ①に通う最高学年お子様の名前・学年・クラス(必須)
- ⑥ バトラー 希望する ・ 希望しない ・ 誰もいなければやっても良い ←いずれかを記入

※複数名のお申し込みの場合は、②～⑥を人数分ご記入ください。

※Eメールの場合は、市P協からの返信が不達になるトラブルを避けるため、ezweb や docomo などのキャリアメールではなく、プロバイダメールや gmail、icloud メールをご使用ください。

3. 市P協 事務局宛 FAX(824-1480)または逡送便で返信

■■ 10月7日(金)開催 読書推進講演会 参加申込用紙

学校名 小・中に○	小・中 学校PTA
--------------	-----------

項目	参加者1	参加者2	参加者3
参加者氏名(必須)			
ヨミガナ(必須)			
参加者携帯番号 (必須)			
この学校に通う 最高学年のお子様 の名前(必須)			
お子様の 学年クラス(必須)	年 組	年 組	年 組
バトラー希望 (必須) いずれかに○→	()希望 ()希望しない ()誰もいなければやっても良い	()希望 ()希望しない ()誰もいなければやっても良い	()希望 ()希望しない ()誰もいなければやっても良い

※記入していただいた個人情報は講座の運営とすかサポ補償(保険)以外の目的では使用いたしません。

※保健所より請求があった場合には、皆様の情報を保健所に提供しますのでご了承ください。

※お子様(最高学年)の名前・学年・クラスは、すかサポ補償を利用する際に個人確認のために使用します。