

年度子育てサロン事業計画調査票

★来年度の子育てサロンの予定プログラム内容を 月 日 () までにご連絡ください★
(協力機関と調整済みのところは報告として、未調整のところは希望として提出してください)

校区名	子育てサロン名
実施場所	実施日 第() () 曜日 : ~ :
住所:	第() () 曜日 : ~ :
対象 (記入例: △歳児～○歳児の親子)	参加費 (徴収がある場合は何に使われるかもご記入下さい)
子育てサロン窓口担当者	電話番号

実施日	希望プログラム内容	協力機関	協力機関との調整
4月 日			済 ・ 未
5月 日			済 ・ 未
6月 日			済 ・ 未
7月 日			済 ・ 未
8月 日			済 ・ 未
9月 日			済 ・ 未
10月 日			済 ・ 未
11月 日			済 ・ 未
12月 日			済 ・ 未
1月 日			済 ・ 未
2月 日			済 ・ 未
3月 日			済 ・ 未

＜協力いただける機関と主なプログラム＞

※詳細や調整方法については別紙(事務担当役員会議で配布)を必ずご確認ください。

- * ①公立こども園 (園児との交流、遊びの提供、情報提供、育児相談など) ※年2回まで
- * ②図書館 (乳幼児向け読み聞かせ、絵本講座、絵本の選び方など) ※年1回まで
- * ③(豊中市)おやこ保健課 (※旧母子保健課。保健師・栄養士・歯科衛生士) ※1校区 年1回まで

※地元の幼稚園、保育所などには、各校区個別で調整をお願いいたします。

ご希望に添えるとは限りませんが、調整させていただいた上で、各協力機関より直接、子育てサロン窓口担当者の方にご連絡が入ることになります。

豊中市社会福祉協議会
FAX送信先／6841-2388 (TEL／6848-1279)