

守山区社会福祉協議会 福祉教育担当者 行 (FAX 052-758-2015)
 下記のとおり福祉体験学習を申し込みます。

福祉体験学習申込書

※1つの福祉体験学習につき1枚の申込書を作成してください

※実施希望の2～3ヶ月前までに申込書をお送りください

送信日： 年 月 日

| | | | |
|--------------------------|--|---|-----------------|
| 主催者(団体)名 | | | 担当者： 様 |
| 住所 | 〒 - | | TEL： - |
| | | | FAX： - |
| メールアドレス | | | |
| 参加予定人数 | 名 | 学年 (クラス数) | 年生(クラス) |
| 実施予定場所 | <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 実施希望日時 | 第1希望 / : ~ : | 第2希望 / : ~ : | 第3希望 / : ~ : |
| 事前打合わせ 希望日 | 第1希望 / : ~ : | 第2希望 / : ~ : | 第3希望 / : ~ : |
| メニュー (一つ選んで☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> 障がい者によるお話し会 <input type="checkbox"/> 視覚障害者体験 <input type="checkbox"/> 手話体験 <input type="checkbox"/> 車いす体験 <input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験 <input type="checkbox"/> ボッチャ体験 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座 <input type="checkbox"/> がん教育(NEW) <input type="checkbox"/> ユニバーサルデザイン(NEW) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 目的 (学習のねらい) | | | |
| 今回の依頼の 位置づけ | <input type="checkbox"/> 一回のみ <input type="checkbox"/> 一連の学習の一部 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 講師謝金 | <input type="checkbox"/> あり(内訳:) 例) 講師●●円、 ボランティア●●円 <input type="checkbox"/> なし | 会場周辺・会場・駐車場の位置・出入口などを 記入してください・別紙添付可 | |
| 会場環境 | 車いす用トイレ(有・無) エレベーター(有・無) エスカレーター (有・車いす対応型有・無) その他() | | |
| 交通アクセス | 最寄駅やバス停名: () | | |
| 連絡事項 | ※駐車可能台数()台 | | |