

福祉(ハンディキャップ)体験学習申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 延岡市社会福祉協議会

会 長 柳 田 泰 宏 様

以下の通り、福祉体験学習を申し込みます。

団体名 代表者名			ふりがな 担当者：	
住 所	〒 ー 延岡市		TEL： ー	
			FAX： ー	
			E-Mail：	
参加予定人数	名	学年 (クラス数)	年生	※2クラス以上の場合 各クラス人数記入
			(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	
	年 月 日 ： ～ ； (時限目)		年 月 日 ： ～ ； (時限目)	
内 容	<input type="checkbox"/> 車いす体験 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験 <input type="checkbox"/> アイマスク <input type="checkbox"/> 講話 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
目 的 (学習のねらい)				
備 考	駐車場 (有 ・ 無) ※有の場合：駐車可能台数 台			

※実施予定場所の見取り図(校内見取り図)などを添付してください。

※車いす体験・高齢者疑似体験は、事前に車いすと台座板、高齢者疑似体験セットを各団体より取りに来ていただくことになっています。

※手話体験の場合、日程決定後、講師と打ち合わせをしていただくことになります。連絡がありますので、対応をお願いします。

----- 社協記入欄 -----

派遣者	
備 考	