

ハンディキャップ体験学習申込書 (車いす・アイマスク・疑似体験)

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、ハンディキャップ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	〒 — 延岡市			TEL： —
				FAX： —
				E-Mail：
参加予定人数	名	学年 (クラス数)	年生 (クラス)	※2クラス以上の場合 各クラス人数記入
				1組： 名 2組： 名 3組： 名
内 容	<input type="checkbox"/> 車いす体験 <input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験 <input type="checkbox"/> アイマスク			
実施予定場所	<input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> その他 ()			
講 話 希望日時	第 1 希望		第 2 希望	
	年 月 日 : ~ : (時限目)		年 月 日 : ~ : (時限目)	
体験実施 希望日時	第 1 希望		第 2 希望	
	年 月 日 : ~ : (時限目)		年 月 日 : ~ : (時限目)	
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。

※アイマスク、車いす、高齢者疑似体験の場合は、事前学習として福祉講話1時間と合わせて1クラス2時間の確保をお願いします。体験はクラス毎になります。

※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。

----- 社協記入欄 -----

派遣者	
備 考	