

福祉体験学習(福祉教育) 依頼書

太枠内を決まっている範囲でご記入ください。後日担当者から連絡いたします。可能な限り
希望日より2か月前までにご依頼ください。指導案、計画案等があれば添付してください。

学校名 団体名			依頼日	令和	年	月	日
担当者名	(フリガナ)		連絡先				
アドレス							
対象者	学校	学年	年生 クラス (合計 名)				
		方法	クラスごとに実施 ・ 合同で実施 ・ その他 ()				
	学校以外	名 (歳 ~ 歳)					
希望日	第一希望	令和 年 月 日 () : ~ : ※学校のみ【 時間目 ~ 時間目 】					
	第二希望	令和 年 月 日 () : ~ : ※学校のみ【 時間目 ~ 時間目 】					
	第三希望	令和 年 月 日 () : ~ : ※学校のみ【 時間目 ~ 時間目 】					
対象の授業 ・事業名							
希望内容							
担当者の 想い・考え							
その他							

【社協記入欄】

対 応	実施 (貸出のみ ・ 職員派遣) 相談のみ ・ その他 ()	担 当 者	
打合せ日	令和 年 月 日 ()	: ~ :	
実 施 日	令和 年 月 日 ()	: ~ :	
備品貸出	車いす (台)	【貸出日】令和 年 月 日 () : 【返却日】令和 年 月 日 () :	
	アイマスク (枚)		
	疑似体験 (セット)		
備 考			