

様式第1号

令和 年 月 日

伊万里市社会福祉協議会
会長 尾形 洋一郎 様

学校名

学校長名

印

電 話

FAX

福祉体験学習申込書

下記のとおり、福祉体験学習を申し込みます。
なお、詳細は別紙計画書のとおりです。

開 催 日 時	①令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	②令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	③令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
実施場所	※教室、体育館などの実施場所の記入をおねがいします	
参加対象・人数	年生 クラス	合計 名 (男： 名、女： 名)
実施内容	※実施希望の項目に○を付けてください () 高齢者疑似体験 () アイマスク・ブラインドウォーク体験 () 車椅子体験 () 福祉講話 () その他 ()	
担当教諭等氏名		
備 考		