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　　　　　　　　　　　 ㊞

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 | ※実施希望の項目に〇を付けてください（　　）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 |  |