

送信先 F A X 0 8 4 - 9 2 8 - 1 3 3 1 （送信状は不要です。）

福祉体験学習申込書（学校用）

社会福祉法人 福山市社会福祉協議会
地域共生社会推進課長 様

申請者	学 校 名
	所 在 地
	担当者の氏名
	電 話 番 号
	F A X 番 号
	E-mail アドレス

次のとおり福祉体験学習を申請します。				申込日		月		日					
対象学年		学年				クラス		受講人数		名			
学習のねらい													
希望内容	講 話	内容（											
	体 験		車いす		アイマスク		高齢者疑似						
			点字		手話								
			その他（										
希望年月日	第 1 希望	月		日（		時		分～		時		分	
								(時 限 ～				時 限)	
	第 2 希望	月		日（		時		分～		時		分	
								(時 限 ～				時 限)	
	第 3 希望	月		日（		時		分～		時		分	
								(時 限 ～				時 限)	
※実施 30 分前が準備時間となります。													
実施場所													
駐車場		場所（											
事前学習		無 ・ 有（内容											
留意点・配慮													