（様式２）

　　　那須烏山市社会福祉協議　行　　　　　　　　　　　　FAX:0287-88-9747

　　e-mail: ishii@nasukarasuyama-shakyo.or.jp

福祉体験学習「申込書」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 学校名 | （担当者名　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： | | | | |
| 開催場所 |  | | | | |
| 対象者 | □全校生　　　□（　　　　年生　　　クラス） | | | | 合計　　　　　名 |
| 開催希望日  ※２ヶ月程度の余裕を持って、必ず第３候補日まで記入のこと | 第１候補日　平成　　　年　　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　　時　　分  第２候補日　平成　　　年　　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　　時　　分  第３候補日　平成　　　年　　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　　時　　分 | | | | |
| 開催の目的 |  | | | | |
| 希望内容  ※希望欄にチェック | 身体障がい者の理解 | □　車いす（介助）体験 | | | |
| 視覚障がい者の理解 | □　アイマスク体験 | | | |
| 聴覚障がい者の理解 | □　手話体験 | | | |
| 高齢者の理解 | □　高齢者疑似体験　　　□　認知症講座 | | | |
| 福祉の理解 | □　福祉について | | | |
| その他　具体的に→ | □ | | | |
| ※具体的に取り入れてほしい希望があればご記入ください。 | | | | |
| 連絡希望時間 | □　　曜日　～　曜日　　　時～　　　時　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連絡方法 | □　電話（番号：０２８７－　　　－　　　　　　　）  □　ＦＡＸ（番号：０２８７－　　　－　　　　　　　）  □　メール（アドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対応者 | □高齢者体験・手話・他（氏名：　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　　　　　） | | | | |
| □高齢者体験・手話・他（氏名：　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　　　　　） | | | | |
| □社協職員　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　合計　　　　名 | | | | |
| 備考 |  | | | | |
|  | | | | |

**※太枠内のみ記入してください。**