

福祉教育体験学習等 講師派遣依頼書

社会福祉法人 美里町社会福祉協議会 様

年 月 日

学校名

担当者名

電話番号

FAX番号

下記のとおり講師の派遣を依頼します。

希望日時	<第1希望> 月 日 時 分 ~ 時 分	<第2希望> 月 日 時 分 ~ 時 分
	会場	
クラス人数	年 組	(男 人、女 人)
	年 組	(男 人、女 人)
体験内容 (マルをつける)	①車イス体験 ②高齢者疑似体験 ③白杖体験 ④点字体験 ⑤手話体験 ⑥ボッチャ体験	
実施目的		
備考	※連絡可能な曜日や時間帯などをご記入ください。	

※原則として、実施希望日の1か月前までにご依頼ください。

※時間や体験内容については、打ち合わせをさせていただきます。