

# 福祉教育プログラム協力依頼書

年 月 日

学校名

担当者

電 話

( )

FAX

( )

【依頼内容】※必要な関連機材もご記入ください。

※複数の依頼の場合は、用紙はそれぞれ別々にご記入ください。

- ・手話 ・点字 ・車椅子 ・ガイドヘルプ ・認知症サポーター養成講座
- ・その他（下記へ具体的にご記入ください。）

【実施希望日時】

① 月 日 ( ) ② 月 日 ( ) ③ 月 日 ( )

- |                                |   |   |   |                                |   |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|--------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 時間目 | : | ～ | : | <input type="checkbox"/> 2 時間目 | : | ～ | : |
| <input type="checkbox"/> 3 時間目 | : | ～ | : | <input type="checkbox"/> 4 時間目 | : | ～ | : |
| <input type="checkbox"/> 5 時間目 | : | ～ | : | <input type="checkbox"/> 6 時間目 | : | ～ | : |
| <input type="checkbox"/> その他   |   |   |   |                                |   |   |   |

【授業形態／対象学年等】

※授業科目

- ☐ 学校全体 ( 人)
- ☐ 学年単位 (対象学年 年生／人数 人)
- ☐ クラス単位 (対象学年 年生／クラス数 クラス／人数各 人)
- ☐ その他

【担当教諭】

打合せ希望日 ① 月 日 ( ) : ~ :  
② 月 日 ( ) : ~ :

※連絡を希望する曜日・時間帯

※原則として、実施希望日の1ヶ月前までにご依頼ください。

【社協での対応】※社協記入欄／打合せ日程・場所・講師等