**社会福祉法人　茅ヶ崎市社会福祉協議会　福祉教育担当　宛　　（FAX 0467-85-9651）**

**福祉教育依頼書（地域・団体用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **団体名** | 参加希望（　　　　　）名  （担当者名） | | |
| **連絡先** | ＴＥＬ　　　　　（　　　）　　　　　　ＦＡＸ　　　　（　　　） | | |
| **開催希望日**  **※第3希望まで記載ください。** | 第１希望  　　　月　　　日（　　） | 第２希望  　　　月　　　日（　　） | 第３希望  　　月　　　日（　　） |
| **事前打ち合わせ**  **希　望　日**  **※第3希望まで記載ください。** | 第1希望  　　　月　　　日（　　）  **：　　　～** | 第２希望  　　　月　　　日（　　）  **：　　　～** | 第３希望  　　月　　　日（　　）  **：　　　～** |
| **開催時間** | ：　　　～　　　： | | |
| **開催場所（会場）** |  | | |
| **学習内容**  ＊希望する項目にチェックをつけてください。 | **＜視覚障がいを理解する＞**  □当事者講話(視覚障がい)　□アイマスク誘導　□点字　□録音  **＜聴覚障がいを理解する＞**  □当事者講話（聴覚障がい）□手話　□要約筆記  **＜身体障がいを理解する＞**  □当事者講話（肢体不自由）□車椅子  **＜その他＞**  □インスタントシニア（高齢者疑似体験）　□福祉について  □精神障害について　□知的障害と自閉症について  □その他（希望内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ≪詳細≫希望する学習内容、学習形態や、予定している当日の流れ等詳細をお書きください。  資料等ありましたら、ご提出ください。 | | |
| **体験・学習の**  **ねらい・目的** |  | | |
| **その他**  （要望・質問等） |  | | |

＊遅くとも、開催日より**2ヶ月前**までにご依頼ください。

＊ご不明な点は、茅ヶ崎市社会福祉協議会の福祉教育担当（☎0467-85-9650）までお問い合わせください。