

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。