**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（学校用）**

|  |  |
| --- | --- |
| **学校名** | 　　　　　　　　　　学校　（　　）年生　合計（　　　）名（担当者名）　　　　　　　　　⇒　　　名×　　クラス＋　　名×　　クラス |
| **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** | 全体　　　　　　　：　　　～　　　：　　　　（　　時限）　　　：　　　～　　　：（　　時限）　　　：　　　～　　　：（　　時限）　　　：　　　～　　　：（　　時限）　　　：　　　～　　　： |
| **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** |  |
| **事前学習・****ふりかえり学習の内容** |  |
| **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。