

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 <small>※第3希望まで記載ください。</small>	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 <small>※第3希望まで記載ください。</small>	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) : ~ :		
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。	<p><視覚障がいを理解する> <input type="checkbox"/>当事者講話(視覚障がい) <input type="checkbox"/>アイマスク誘導 <input type="checkbox"/>点字 <input type="checkbox"/>録音</p> <p><聴覚障がいを理解する> <input type="checkbox"/>当事者講話(聴覚障がい) <input type="checkbox"/>手話 <input type="checkbox"/>要約筆記</p> <p><身体障がいを理解する> <input type="checkbox"/>当事者講話(肢体不自由) <input type="checkbox"/>車椅子</p> <p><その他> <input type="checkbox"/>インスタントシニア(高齢者疑似体験) <input type="checkbox"/>福祉について <input type="checkbox"/>精神障害について <input type="checkbox"/>知的障害と自閉症について <input type="checkbox"/>その他(希望内容:)</p> <p>----- <<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。</p>		
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。