

# 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><b>* 学習・体験</b>  <input type="checkbox"/>車椅子    <input type="checkbox"/>認知症について    <input type="checkbox"/>インスタントシニア (高齢者疑似体験)  <input type="checkbox"/>アイマスク    <input type="checkbox"/>点字    <input type="checkbox"/>録音    <input type="checkbox"/>手話 (+聴覚障害者講話)    <input type="checkbox"/>要約筆記  <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</p> <p><b>* 講話</b>  <input type="checkbox"/>身体障害者 (肢体不自由)    <input type="checkbox"/>視覚障害者    <input type="checkbox"/>福祉について  <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>		
学習の ねらい・目的			
事前学習・ ふりかえり学習 の内容			
事前 打ち合わせ 希望日	第1希望 月 日 ( ) : ~	第2希望 月 日 ( ) : ~	第3希望 月 日 ( ) : ~
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。