平成　　年　　月　　日

社会福祉法人

越前町社会福祉協議会　会長　様

団体名：

代表者：　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　所：

連絡先：電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

担当者：

福祉体験講座申込書

標記の件について、下記のとおり福祉体験を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 名　　　※学校は学年、クラスも記入ください  　　　　　　　学年　　　　　　　　クラス |
| 目　　的 |  |
| 内　　容 | １．高齢者疑似体験　　２．車いす体験（ 自走 ・ 介助 ）  ３．アイマスク体験　　４．手話体験  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 場　　所 |  |
| 希望日時 | 第１希望　　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分  第２希望　　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| その他 |  |

越前町社協　越前町西田中8-20-1　TEL：0778-34-2388　FAX：0778-34-0794

※体験講座を希望される場合、講座希望日の２～３週間前には一度お問い合わせ

ください。また当日までに事前打ち合わせをさせていただく場合があります。

社協使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会　　長 | 常務理事 | 事務局長 | 事務局次長 | | 職　　員 | | 担　当 |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| 対応予定  （案） | 職　員 |  | | | | 受付欄 | |
|  | |
| 協力者  （講師） |  | | | |