

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)					