

社会福祉法人
寝屋川市社会福祉協議会会長 様

申請団体名 _____
住 所 _____
連 絡 先 電 話 _____
FAX _____
担 当 者 _____

福祉学習依頼申込書

標記の件について、下記のとおり福祉学習を依頼します。

対 象 者	小学生・中学生・高校生・その他 () () 学年 () クラス () 人	
学習の目的		
学習内容	<u>希望する学習に○をつけてください。</u> 1. 擬似体験【高齢障害擬似体験・車イス・アイマスク】 2. 点字学習 3. 認知症の理解 4. 当事者の話 5. その他 ()	<u>希望する団体に○をつけてください</u> 1. 擬似体験ボランティアうらしまさん 2. 点字ボランティア「つくしの会」 3. キャラバン・メイト連絡会 4. 寝屋川市身体障害者福祉会視覚部 5. 新 源太郎さん 6. チーム・ウェルビーイング(WB) 7. その他 ()
学習場所		
学習日程	第1希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (限) 第2希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (限) 第3希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (限)	
事前打ち合わせの日程 (学習予定日の1カ月前を目途に)	第1希望 月 日 () 時 分 ~ 第2希望 月 日 () 時 分 ~ 第3希望 月 日 () 時 分 ~	
その他 連絡事項		