柏市社会福祉協議会　福祉教育担当　宛**（FAX　04－7165－1355）**

福　祉　教　育　依　頼　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名  (学校名等) | （　　　）学年　合計（　　　　）名  （担当者）　　　　　　　　　　　　　　　１クラス（　　　　）名×（　　　　）クラス | | | |
| 連絡先 | ご住所　〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | |
| 開催希望日 | **第一希望**  　　　　月　　　日（　　　） | **第二希望日**  　　　月　　　日（　　） | | **第三希望日**  　　　　月　　　日（　　　） |
| 開催時間 | ：　　　　　～　　　　　：　　　　　　（　　　　　時限～　　　　　時限） | | | |
| 開催場所  ※1 |  | | | |
| 打合せ  希望日時  ※2 | 第一希望  　　　　月　　　日（　　　）  時間　　　：　　　～ | | 第二希望  　　　　月　　　日（　　　）  時間　　　：　　　～ | |
| 学習内容  希望する項目に☑ | □ 視覚障害疑似体験 ※3　□ 車いす体験　□　高齢者疑似体験  □ 点字体験　　□ 手話体験　　□ 障がい当事者の講話　　□認知症サポーターになろう！  □介護未来案内人  ＊点字体験・手話体験・障がい当事者の講話は有料です。 | | | |
| 学習の目的 |  | | | |

　　　 ※1　学校の授業等、参加人数が多い団体につきましては、体育館を通しで使用できるようお願いいたします。

※2　打合せ希望日につきましては、講師やボランティアの調整がありますので、実施日の1か月前を目安にご記入ください。

※3　視覚障害疑似体験をご希望の際は、各自アイマスクやバンダナ等、目が覆える物の準備をお願いします。

＊1つ体験につき、概ね30人まで、45分～1時間程度の受入れとなっております。

＊駐車場の確保をお願いします。

＊少なくとも開催日の１ヶ月前までにはご依頼ください。

＊講座に必要な備品は、別紙申請書をご提出していただき、柏市教育福祉会館まで取りに来てください。

＊ご不明な点は柏市社会福祉協議会の福祉教育担当（☎７１６５－０８８０）までお問い合わせください。