

(様式1)

### 福祉体験学習 受付表

※太枠内のみ記入

		受付日	平成	年	月	日 ( )
学校・団体名	(担当者名 )					
連絡先	電話 :	FAX :				
開催場所						
受講対象・人数	<input type="checkbox"/> 学校 ( 年生 クラス) <input type="checkbox"/> 一般					合計 名
実施希望日 ※1ヵ月以上の余裕を持って、第3希望日までご記入ください	第1希望日 : 平成 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分		第2希望日 : 平成 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分		第3希望日 : 平成 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分	
実施希望内容 ※希望欄に○印	(1) 視覚障がい者の理解	( ) アイマスク体験 ( ) 点字体験 ( ) 視覚障害者の講話				
	(2) 聴覚障がい者の理解	( ) 手話体験 ( ) 聴覚障害者の講話				
	(3) 身体障がい者の理解	( ) 車いす体験				
	(4) 高齢者の理解	( ) 高齢者疑似体験				
	(5) ボランティアについて	( ) ボランティア講話				
	(6) その他	( ) 「具体的に :				
添付書類	※以下の書類を併せてお送りください。 ①実施計画書 (様式2)					
講師 (依頼団体・代表者名)	講師 : グループ名 ( )		代表者 : ( )			
備考						

<連絡先> 那須塩原市社会福祉協議会

本 所 : 那須塩原市南郷屋 5-163

黒磯支所 : " 桜町 1-5

塩原支所 : " 塩原 291

Tel0287-37-5122・FAX0287-36-8710

Tel0287-63-3868・FAX0287-63-3518

Tel0287-32-5216・FAX0287-32-5220