

福祉教育依頼書 (地域・団体用)

団体名	参加希望 () 名 (担当者名)		
連絡先	TEL ()	FAX ()	
開催希望日	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()	第3希望 月 日 ()
開催時間	: ~ :		
開催場所 (会場)			
学習内容 * 希望する項目 にチェックを つけてください。	<p>* 学習・体験 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 認知症について <input type="checkbox"/> インスタントシニア (高齢者疑似体験) <input type="checkbox"/> アイマスク <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 録音 <input type="checkbox"/> 手話 (+聴覚障害者講話) <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 精神障害について <input type="checkbox"/> 知的障害と自閉症について</p> <p>* 講話 <input type="checkbox"/> 身体障害者 (肢体不自由) <input type="checkbox"/> 視覚障害者 <input type="checkbox"/> 福祉について <input type="checkbox"/> その他 (希望内容)</p> <p>≪詳細≫ * 希望する学習内容、学習形態や、予定している当日の流れ等詳細をお書きください。資料等ありましたら、ご提出ください。</p>		
体験・学習の 目的			
事前 打ち合わせ 希望日	第1希望 月 日 () : ~	第2希望 月 日 () : ~	第3希望 月 日 () : ~
その他 (要望・質問等)			

* 遅くとも、開催日より**2ヶ月前**までにご依頼ください。

* ご不明な点は、茅ヶ崎市社会福祉協議会の福祉教育担当 (☎0467-85-9650) までお問い合わせください。