|  |
| --- |
| **福祉教育依頼書（学校）** |
| 令和　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| **実施の有無　　　□実施予定　　　□実施検討中　　　□今年度実施しない** |
| ふりがな |  |
| 学校名 |  |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 学校長名 |  | （役職）担当者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| E-mail |
| 実施希望日 | 第１希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　　　日　（　　　　　　　）　　　　　　時限　　～　　　　　　時限　　　　　　　：　　　　　　　～　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 第２希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　　　日　（　　　　　　　）　　　　　　時限　　～　　　　　　時限　　　　：　　　　　　　～　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 第３希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　　　日　（　　　　　　　）　　　　　　時限　　～　　　　　　時限　　　　：　　　　　　　～　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 対象者 | 　学年 | １組　　　　　　　人　　　　　２組　　　　　　　　人　　　　　３組　　　　　　　　人　　　４組　　　　　　　人　　　　　５組　　　　　　　　人　　　　　（合計　　　　　　　　　　　　）人 |
| 方　法 | □クラスごとに実施　　□学年合同で実施　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 体験プログラム※希望する項目に☑をつけてください | 体験・学習□車いす　　　　□高齢者疑似体験　　　□アイマスク　　　□白杖　　　□ユニバーサルデザイン□ボッチャ　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 講　話□内容： |
| 派遣について | □社協のボランティアを希望する　　　□社協のボランティアは希望しない　　　□未定 |
| 学習のねらい・目的 |  |
| 事前学習・ふりかえり学習の内容 |  |
| 事前打ち合わせ希望日 | 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（要望等） |  |

木更津市社会福祉協議会ボランティアセンター　行　　　　　　　　　　　　FAX：０４３８-２３-２６１５

E-mail: kishakyo-vc@kisarazushakyo.or.jp

●実施の３か月前までにご依頼ください。　●実施２か月前までに、学校で打ち合わせをします。

●９月～１月の期間は、実施希望校が多いため、上記希望日以外での実施をお願いする場合があります。

●申し込みや福祉教育に関するお問い合わせ　　　 　　TEL：０４３８-２５-２０８９

|  |
| --- |
| **ボランティアセンター記入欄** |
| 決裁 | 常務　　　 | 事務局長　　　 | 事務局次長 | 地域福祉第二係長 | 係 | コーディネーター |
| 　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 　　　　　　　　　　　　　　 |