

団体名
(学校名)

代表者名
(校長名)

印

福祉体験に係る職員派遣及び協力について(依頼)

下記の内容で福祉体験を実施いたしますので、職員派遣及び協力をお願いいたします。
記

日 時	【お願い】…正式体験日は、申込後に打合せ確認の上。 実施日は、申込から1か月後程度を目安とし、案の日程を3日ご検討下さい。 日程決定後に事前打合せ(内容、場所、準備等の確認)を最低1回行います。 所要時間について、体験道具・人数により、最低1時間は必要です。					
	第1希望	平成	年	月	日()	: ~ :
	第2希望	平成	年	月	日()	: ~ :
	第3希望	平成	年	月	日()	: ~ :
場 所						
年・組 人 数 ※学校のみ記入	※学校の場合、各学年ごとに依頼書を記入、組ごとそれぞれの男女人数を記入してください。 体験は、各組ごとで実施予定です(最大28名程度)					
	年	組	男性 女性	名 名	合計	名
		組	男性 女性	名 名	合計	名
		組	男性 女性	名 名	合計	名
		組	男性 女性	名 名	合計	名
		組	男性 女性	名 名	合計	名
目 的						
体験希望	希望の体験に○をつけて下さい。(複数可。但し、内容・人数・所要時間により調整有) 1. 車いす体験(30分) 2. アイマスク体験(30分) 3. 高齢者疑似体験(30分) 4. ユニバーサルデザイン体験(30分) 5. その他()					
その他 要望等						
連絡先	— (担当者名)					
	連絡可能な時間 : ~ :					