

菊池市社会福祉協議会
会長様

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、日程(案)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、体験種類・道具・参加人数により、所要時間が変わります。				
	第1希望	令和	年	月	日() : ~ :
	第2希望	令和	年	月	日() : ~ :
	第3希望	令和	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、組ごと実施(目安・・・1と3の体験は、1セット最大14名程度※所要時間:40分程)				
	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
体験の目的					
体験希望	希望する体験に○をつけて下さい。(但し、人数により所要時間が異なります) 1.車いす体験(40分) 2.アイマスク体験(40分) 3.高齢者疑似体験(40分) 4.ユニバーサルデザイン講話(20分) 5.災害訓練体験※加圧ロード(40分) 6.その他() ※ 1と3について最大14名まで可。				
ほか要望等					
連絡先	— (担当者名)				
	連絡可能な時間 : ~ :				