

菊池市社会福祉協議会
会 長 様

団体名

代表者名

㊟

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		
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 2.アイマスク体験 3.高齢者疑似体験 4.ユニバーサルデザイン講話 5.災害訓練体験※ｸﾞﾙｰﾌﾟ 6.その他() ※ 1と3について最大14名まで可。	
連絡先	担当者:	固定: - - 携帯: - -
	連絡可能な時間 : ~ :	
その他 (要望など)		