一　般

平成２９年度　ﾜｰｸｷｬﾝﾌﾟ事業(1 日福祉体験)

(地域の絆づくり推進事業共同事業)　参加者募集!!

福祉施設での体験活動をとおして、福祉やボランティア活動・社会貢献について関心や意欲を深めるとともに、社会参加へつなぐきっかけづくりを図ることを目的に行います。

１　主　　催　　社会福祉法人菊池市社会福祉協議会
２　期　　日　　平成 29 年 7 月 24 日(月) ～ 8 月 3 日(木)
３　内　　容　　内容・日程は、各施設により異なります。
　　例）○事業所の見学　　○利用者との交流
　　○レクリエーション体験　　○デイサービス１日体験　等
４　参加対象　　菊池市内小学 5・6 年生、中学生、高校生、一般市民
５　参 加 費　　無　料（ただし、昼食は各自持参。施設では用意いたしません。）
６　保　　険　　万一の事故等には、主催者が加入する保険で対応します。

申 込 期 間　平成 29 年 7 月 10 日（月）まで　※社協必着

問合せ･連絡先
社会福祉法人菊池市社会福祉協議会　福祉課
菊池本所　TEL　25－5000　FAX　25－5432
七城支所　TEL　25－5010　FAX　24－4121
旭志支所　TEL　37－3708　FAX　37－3721
泗水支所　TEL　38－5382　FAX　38－6367

※　申込書(必ず全て記入)に記入をしたら切り取り、ご提出もしくはFAXください。
　　個人情報について、体験に係る資料、連絡等のみに使用いたします。
※　当日は、現地集合・解散になります。主催者・福祉施設等での送迎は行いません。
※　申し込みされた方には、しおり・資料を後日(7 月 19 日前後目途)送付します。
※　福祉施設は、裏面の「ﾜｰｸｷｬﾝﾌﾟ事業(ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ体験)受入事業所一覧」の中から選んで、第 1 希望・第 2 希望まで必ず記入下さい。
　　希望の多い施設・日程については、状況により主催者で調整しますのでご了承下さい。
※　高齢者や乳幼児と活動しますので、健康管理をお願いします。
申込書は、氏名・日程・場所全てを確認し、記入漏れ無くハッキリと記入下さい。

切　り　取　り

参　加　申　込　書

フリガナ 氏　名	㊞　（男・女）（　　才）	
住　　所	〒 菊池市 TEL　　－　　－	緊急連絡先 氏　名 TEL　　－　　－
希望施設 希望日	第 1 希望 （　　） 月　　日（　　曜日）	第 2 希望 （　　） 月　　日（　　曜日）