

福祉教育支援依頼・企画表

受付

※一単位につき、1枚ずつご記入ください。

作成日 平成 年 月 日

学校名						ご担当の学年	
ふりがな							
ご担当者氏名							
連絡先	住所	〒 _____					
	電話番号・FAX番号	電話			FAX		
	パソコンメールアドレス	_____@_____					
	希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話		<input type="checkbox"/> メール		<input type="checkbox"/> FAX	
	希望の連絡時間	曜日(_____) 時間(_____ : _____ ~ _____ : _____)					
ご希望の日時 ※候補日をいくつかご記入ください ※2日以上の日程が必要な場合は、備考欄にご記入ください。		第1候補 平成 年 月 日()		第2候補 平成 年 月 日()		第3候補 平成 年 月 日()	
		: ~ :		: ~ :		: ~ :	
		備考:					
会場		体育館・視聴覚室・年教室・その他(_____)					
児童・生徒の人数・クラス		年生	クラス	クラス	クラス		
		女子	人	男子	人	合計	
ご希望の分野		<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 視覚障がい	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい	<input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 児童	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> ボランティア	<input type="checkbox"/> 地域活動		
学習のねらい・目標							
事前学習の有無		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		事前に学習済(予定)		福祉体験授業に学習予定			
事前学習の内容							
ご希望の講師・講義内容							
ご希望の体験学習内容							
謝 礼		あり(_____)				なし	