

平成 30 年度福祉教室申込書

記入日： 年 月 日 ()

依頼者名	学校名・団体名	担当者名 (フルネーム・ふりがな)		
住所・電話	綾瀬市	TEL ()		
		FAX ()		
開催希望日	第 1 希望 年 月 日 ()	第 2 希望 年 月 日 ()	第 3 希望 年 月 日 ()	
開催時間	: ~ :	対 象 者	学年 名 クラス	
集合場所	(例 校長室)		〔 年 組 名 ・ 年 組 名 〕 〔 年 組 名 ・ 年 組 名 〕	
集合時間	時 分			
開催場所 (会 場)	必ず記入 ()			
学習内容 ※希望する 項目に✓を つける	<input type="checkbox"/> 講話 (<input type="checkbox"/> 福祉の仕事 ・ <input type="checkbox"/> 障がい理解 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者理解) ※複数選択不可 <input type="checkbox"/> 車いす体験 (車いすの介助の体験) <input type="checkbox"/> インスタントシニア体験 (高齢者疑似体験) <input type="checkbox"/> 点字体験 (点字の読み書きの体験) <input type="checkbox"/> 視覚障がい者講話及びサウンドテーブルテニス体験 <input type="checkbox"/> 聴覚障がい者講話及び手話体験 (当事者による講話と手話体験) <input type="checkbox"/> (聴覚障害者協会 ・ あやの会) ・ <input type="checkbox"/> (ほほ笑いサークル) ※どちらか選択 <input type="checkbox"/> 肢体不自由者講話 (当事者による講話)			
学習のねらい・目的				
貸出用物品	<input type="checkbox"/> 車いす (台) <input type="checkbox"/> シニア器具 (個 : 内訳 Sサイズ Mサイズ Lサイズ) <input type="checkbox"/> サウンドテーブルテニス体験用物品 (ラケット ・ ボール ・ アイマスク)			

※開催希望日より2ヶ月前までにご依頼ください。日程が調整できずご依頼をお受けできない場合があります。

※福祉教室に関するご相談等は右記にご連絡ください。

綾瀬市社会福祉協議会
あやせボランティアセンター

電話：70-3210 FAX：79-1812
開所：月曜日から金曜日 9時から17時まで
(土、日曜日及び祝日、年末年始は休み)

Email: ayase-vc@ayase-shakyo.or.jp