福祉出前講座

e-mail: iwatuki@nasukarasuyama-shakyo.or.jp

(様式1)　コピーしてお使いください

那須烏山市社会福祉協議会　行

FAX：0287-88-9747

**福祉出前講座「申込書」**

令和　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名(学校名等) | (担当者名　　　　　　　　　　) |
| 連絡先 | 電話：　　　　‐　　　　‐　　　　　　　　　　　FAX:　　　　　‐　　　　　‐ |
| 開催場所 |  |
| 受講者 |  | 受講者数 | 約　　　名 |
| 開催の目的 |  |
| 希望内容※「希望」にチェック | 希望 | 項目 | 希望内容 |
|  | 目が見えづらい方の体験 |  |
|  | 高齢の方の体験 |  |
|  | 福祉の便利な道具の体験 |  |
|  | 耳の聞こえづらい方の体験 |  |
|  | 防災の体験 |  |
|  | 障がい者スポーツ疑似体験 |  |
|  | ボランティアの体験 |  |
|  | その他 |  |
| ※その他、希望があれば、ご記入ください。 |
| 体験希望日 | 第１候補日　　令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　分　～　　　　時　　分第２候補日　　令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　分　～　　　　時　　分第３候補日　　令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　分　～　　　　時　　分 |
| 打合せ希望日※体験日の１～２週間前までに | 第１候補日　　令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　分　～　　　　時　　分第２候補日　　令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　分　～　　　　時　　分 |
| 連絡希望時間 | □　　　曜日　～　　曜日　　　　時　～　　　時　　　　　　□　その他(　　　　　　　　) |
| 連絡方法 | * 電話(番号：　　‐　　　‐　　　)
* FAX（番号：　　　‐　　　‐　　　）
* MAIL（アドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 備考 |  |

※希望は、1か月程度の余裕をもって、ご連絡ください。

※体験日の1週間前までに、事前打ち合わせのお時間をいただきます。