**ボランティア学習・福祉教育依頼書（福祉教育推進員用）**

【車いす、アイマスク、高齢者疑似体験】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受　付　日** | **令和　　　年　　　月　　　日（　　　）** | | | | **受付者** |
| **学　校　名** |  | | | | |
| **連　絡　先** | **ＴＥＬ** | | **ＦＡＸ** | | |
| **担当教諭** |  | | | | |
| **学年　　　年** | **クラス　１クラスの人数　　　　名** | | | | **全体の人数　　　　名** |
| **学習目的** |  | | | | |
| **内　　容** | 〇を付けてください。  1 車いす　 ２ アイマスク ３ 高齢者疑似体験 | | | | |
| **日　　時** | **第１希望　　月　　　日（　　）　　　　限目** | | | **：　　 ～　　 ：** | |
| **第２希望　　月　　　日（　　）　　　　限目** | | | **：　　 ～　　 ：** | |
| **第３希望　　月　　　日（　　）　　　　限目** | | | **：　　 ～　　 ：** | |
| **体験場所** |  | | | | |
| **打ち合わせ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（福教推進員）** | **第１希望　　月　　　日（　　）　　　　限目** | | | **：　　 ～　　 ：** | |
| **第２希望　　月　　　日（　　）　　　　限目** | | | **：　　 ～　　 ：** | |
| **備　　考** | 限目　　　：　　　～　　　：  休憩（　　分）  限目　　　：　　　～　　　：  　　　　　休憩（　　分）  限目　　　：　　　～　　　：  　　　　　休憩（　　分）  限目　　　：　　　～　　　：  ❑　学校公開日 | 推進員打合せ場所 | | | |
| ※打合せ時、必ず1台駐車場の確保ください | | | |
| 年間計画表・学校見取り図を一緒にFAXしてください。 | | | |

**かわぐちボランティアセンター　場所：川口1-1-1キュポラ本館棟M4階　TEL：227‐7640　FAX：227‐7641**