

送信先メールアドレス vc@koshigaya-syakyo.com (ボランティアセンター宛)

※講師・ボランティア団体様との日程調整の為、  
実施日の1～2か月前までの依頼をお願いいたします。

FAX送信先番号  
048-966-7195

## 福祉体験学習実施依頼書

\*印の欄は記入しないでください。

*受付日	令和 年 月 日 ( )	*受付者	
------	--------------	------	--

— 1つの体験につき1枚の依頼書を記入・作成してください —

依頼団体名						
ふりがな	こしがや いちご			連絡先	住所 〒	
担当者名	越谷 いちご				電話 /	- -
				FAX /	- -	
体験の種類 ※希望するものを 1つ選択して ください。	肢体不自由 (車椅子介助体験)					
目的	※今回、福祉体験学習を実施するにあたっての学習のねらい等をご記入ください。 体験を通して、相手の気持ちや立場を考え、自分ができることを見つけ、行動していく。					
希望内容	※講話のみの実施か、講話および体験の実施か等ご記入をお願いいたします。 講話および体験の実施					
対象者	児童・ 生徒	4学年	3クラス	130人	PTA・ 一般	10人
打合日 ※依頼日より 2週間以上 空けてください。	第1希望	令和1年	6月	3日(月)	16時00分～	
	第2希望	令和1年	6月	4日(火)	16時00分～	
	第3希望	令和1年	6月	5日(水)	16時00分～	
実施日 ※打合日より 2週間以上 空けてください。	第1希望	令和1年	7月	8日(月)	9時30分～	11時30分
	第2希望	令和1年	7月	9日(火)	9時30分～	11時30分
	第3希望	令和1年	7月	10日(水)	9時30分～	11時30分
連絡事項	※複数の体験学習依頼時には、「同日開催」または「別日開催」の旨をご記入ください。					

[依頼団体名]～[対象者]までの赤色セルは必ず入力してください  
[打合日]と[実施日]はなるべく第3希望まで入力してください  
※入力例 >> 同年の日付は [5/14] 来年の日付は [20/1/23]  
>> 時刻は24時間制で入力してください [13:30]