福祉体験校　計画書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿学校（担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ファックス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

太枠にご記入をお願いいたします。1事業につき1枚を、事業実施の1カ月前までに提出して　　　　　ください（コピーしてお使いくださいますようお願いいたします）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施希望日 | ・第1希望  月 　 　日（　 　　）　　　　 　　時間目（ 　 　： 　 　～　 　　：　 　）  ・第2希望  月 　 　日（　 　　）　　　 　　　時間目（　 　：　　 ～　　 　：　 　）  ・第3希望  月　 　日（　　 　）　　　 　 　　時間目（　 　：　 　～　 　　： 　　） |
| 事業の目的 |  |
| 事業内容 | 車いす体験　・　アイマスク体験　・　高齢者疑似体験　・　ボッチャ |
| （その他） |
| 対象学年（クラス） | 年生（　　　　　クラス） |
| 参加人数 | 児童（1組：　　　 　人、2組：　 　　　人、3組：　　 　　人、4組　　　　 　人）  教諭（　　 　　人）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　） |
| 実施日 | 月 　 　日（　 　　）　　　　 　　時間目（ 　 　： 　 　～　 　　：　 　） |
| 備考 |  |

連絡先：飯塚市社会福祉協議会　ボランティアセンター（浅田・坂本）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：0948-23-2210　　ファックス：0948-23-2262