「福祉体験学習」相談・申込書

★太枠線内にご記入ください。　　申込受付日：　　年　　月　　日

団体・学校名				
連絡先	担当者名		住　所	
	電　話		ＦＡＸ	
対　象	学　年	年生	内　訳（クラス名・人数）	・　人
	クラス数	全　組		・　人
	人　数	全　人		・　人
体験内容 ※希望する内容を○で囲んでください。	車椅子体験　・　ブラインドウォーク体験　・　高齢者疑似体験　・　講　話 手　話　・　点　字　・　要約筆記　・　その他（　　）			
	目的・詳細等：			
希望日時 ※第３希望までご記入ください。	１	年　月　日（　）　時　分　～　時　分　（　分間）		
	２	年　月　日（　）　時　分　～　時　分　（　分間）		
	３	年　月　日（　）　時　分　～　時　分　（　分間）		
体験場所				
その他				

◎　申し込み方法

①　上記の太枠線内に記入し、桐生市社会福祉協議会へ送付してください（FAX 可）。

②　申し込みは、希望日の２ヶ月以上前を目安にしてください。

③　ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。

◎　申し込み・問い合わせ先

社会福祉法人桐生市社会福祉協議会

桐生市新宿３丁目３－１９（桐生市総合福祉センター　１階）　【担当：粉川】

電話：４６－４１６５　　FAX：４６－４１６６

貸出器材 （事務記入欄）	車椅子（　　台）　・　アイマスク（　　枚）　・　白杖（　　本） 疑似体験セット（　　セット）　・　点字器　・　その他（　　）
	※貸出期間：　　月　　日（　）～　　月　　日（　）