

平成 年 月 日

坂東市社会福祉協議会事務局長 様

学 校 名 _____

代表者名 _____ ㊞

住 所 _____

電話番号 _____

F A X _____

福祉体験（出前講座）については以下のとおり申請いたします。

体 験 種 目	車椅子 ・ 白杖 ・ 手話 ・ 点字 ・ 高齢者疑似 ・ その他			
体 験 の 目 的				
希 望 日 時 ①	平成 年 月 日 ()	体 験 種 目		
	1. 時 分 から 時 分まで			
	2. 時 分 から 時 分まで			
	3. 時 分 から 時 分まで			
希 望 日 時 ②	平成 年 月 日 ()	体 験 種 目		
	1. 時 分 から 時 分まで			
	2. 時 分 から 時 分まで			
	3. 時 分 から 時 分まで			
体 験 場 所			雨 天 時	
体 験 人 数	_____年生	男性_____名 女性_____名	一 般	男性_____名 女性_____名
担 当 者 名				
※担当職員名				
※講師氏名 ()名				
備 考				

※欄は、申請者において記入を要しません。