

⇒緑区社会福祉協議会(FAX:891-7640) 福祉教育担当者宛

福祉教育相談依頼書

申込日： 年 月 日

申込団体 (学校名)		担当	
電話		FAX	
対象者 ※学年、クラス 数、人数等		特別な配 慮の必要 な参加者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(障がい児・者など)→具体的に ()
実施目的			
希望内容 ※できるだけ 詳細にご記入 ください			
事前学習	※依頼された内容を実施される前に取り込まれる学習(予定)内容をご記入ください。		
事後学習	※依頼された内容を実施された後に取り込まれる学習(予定)内容をご記入ください。		
実施希望 日時	※講師依頼調整等のため、原則として申込日より2~3ヶ月以降の日をご記入ください。 また、できる限り複数の日時を候補としてあげてください。 ・第1希望： 月 日() : ~ : ・第2希望： 月 日() : ~ : ・第3希望： 月 日() : ~ : (※記入例：10月13日(火) 9:40 ~ 11:25)		
打ち合わせ 希望日時	※実施希望日時から約1か月前を目安に、複数の日時を候補としてあげてください。		
謝礼 (交通費程度)	なし ・ あり(内容・金額等：)		
その他 特記事項			