|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 会　長 | 局　長 | 課　長 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

福祉体験学習申込書

令和　　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人

朝倉市社会福祉協議会　会長　様

＜　申　込　者　＞

学校名

学校長名

住所

連絡先

以下の通り、福祉体験学習を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　程 | 　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　　　内容：　　～　　：　　　（　　　時限）　【　　　　　】：　　～　　：　　　（　　　時限）　【　　　　　】：　　～　　：　　　（　　　時限）　【　　　　　】　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）：　　～　　：　　　（　　　時限）　【　　　　　】：　　～　　：　　　（　　　時限）　【　　　　　】：　　～　　：　　　（　　　時限）　【　　　　　】※内容欄には下部の内容①～⑦の番号をご記入ください。 |
| 開催場所 |  | 対　象 | 　　年生（　　　名） | 担当者名 |  |
| 学習のねらい |  |
| 内　容 | ①車いす体験　　　②アイマスク体験　　　　③高齢者疑似体験　　　　　　　④聴覚障がいを持つ方の講話・手話学習⑤視覚障がいを持つ方の講話・点字学習⑥福祉講話（社協職員）　　　⑦その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 事前打ち合わせ希望日程 |  |
| 備　考 |  |

**※別紙の「福祉体験依頼におけるお願い」をご覧ください。**

【**福祉体験依頼におけるお願い**】

１　申込書の学習内容について、①～③は社協職員が講師になります。④⑤は当事者の方（視覚障がい・聴覚障がいの方）と点字指導者・手話通訳者の方が講師になります。

⑥は当事者の方（障がいのある方や高齢者など）や社協職員が講師になります。

２　社協以外の各講師へは、学校側より謝礼をお願いしております。（学校の基準で可）

　　また、講師によって送迎が必要な場合があります。その際は、学校で送迎をしていただくか、タクシーの手配・支払い等をお願いします。

３　福祉体験学習のお申込みに際しては、１か月前までにご相談ください。それ以降になりますと、対応及び調整ができない場合があります。日にちが限られますと、調整がつかない場合がありますので、候補日を何日かあげていただくようお願いします。

また特定の時期は申込が集中しますので、お早めにご相談ください。

４　お申込みを頂きましたら、担当からご連絡を差し上げます。そこで学校のご希望などを伺うため、事前打ち合わせの日程調整をさせていただきます。場所の下見なども行い、それに基づき当事者の方などと日程の調整を行います。

５　車いす体験・アイマスク体験・高齢者疑似体験を実施する場合は、教諭の方に見守りをお願いいたします。

６　福祉体験学習の終了後、「福祉体験学習実施報告書」を使送便またはFAXで社会福祉協議会までご提出ください。