|  |  |
| --- | --- |
| **学校名(団体名)** | **担当者氏名（**　　　　　　　　　　　　　　　**）** |
| **連絡先** | **ＴＥＬ　（**　　　　　　　　　　　　　　　　　**）**　**ＦＡＸ　（**　　　　　　　　　　　　　　　　**）**　　　　　　　　 |
| **対　象** | **対象学年** | **児童・生徒数** |
| **実施希望日時、場所** | **第一希望** | **第二希望** | **実施場所** |
|  **月 　　日（　 　）** |  **月 　 　日（　 　）** |
| **時　　　分～　　　　　　　　時　　　分** | **時　　　分～****時　　　分** |
| **カリキュラム選択** | Section①　福祉について●高齢者について□体験してみよう（車いす・アイマスク・高齢者疑似）※希望先に〇印□「バリアフリーを見つけよう」校内外□福祉車両の不思議を体験●障がい者について～視覚障がい者編～□アイマスク体験□視覚障がい者の講話□点字体験、学校の点字発見！～聴覚障がい者編～□「聞こえないって何だろう？」□手話体験Section②　地域づくりについて　□地域のヒーローインタビュー　□自分の地区を歩いてみよう　□君も地域のヒーローになろう　～子ども福祉推進委員になろう～　□君も地域のヒーローになろう　～地域のちょっとした困りごとをお助け隊ボランティア体験～　□子ども懇談会　～地域の方と子どもたちで地元を語ろう～　□福祉施設と交流会 |
| **打ち合わせ方法** | * 電話　　　□　訪問（社協職員が）　　□zoom
 |
| **打合せ日時** | **第一希望** | **第二希望** | **第三希望** |
| **月　　　日（　　）** | **月　　日（　　　）** | **月　　日（　　）** |
| **時　　　分～****時　　　分～** | **時　　　分～****時　　　分～** | **時　　　分～****時　　　分～** |
| **備考欄** |  |

※実施希望日の１ヶ月前までにご依頼ください。

海津市社会福祉協議会

電話５５－２３００　ＦＡＸ５５－１９９０

**福 祉 体 験 学 習 依 頼 シ ー ト**