



少なくとも1か月前までにお申込みください

FAX : 047(376)8555

TEL : 047(320)4002

### 市川市社会福祉協議会 「福祉きょういく」 申込書

申込日 令和 年 月 日

学校名・学年、団体名等	
担当者（連絡先）氏名	担当者： _____ 連絡先： _____
依頼内容	<p>該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉体験用具を借りたい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 車いす _____ 台</li> <li><input type="checkbox"/> アイマスク _____ 枚</li> <li><input type="checkbox"/> 白杖 _____ 本</li> <li><input type="checkbox"/> 点字ブロック 誘導ブロック（線状）警告ブロック（点状）</li> <li><input type="checkbox"/> 点字盤 _____ 枚</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット ※有料（1セット2泊3日500円）</li> <li>M：大人用 _____ 台 S：小人用 _____ 台</li> <li>(M：15台まで) (S：5台まで)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 福祉体験学習の講師派遣・紹介をしてほしい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 車いす体験</li> <li><input type="checkbox"/> ブライトワーク（視覚障がい者）体験</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験</li> <li><input type="checkbox"/> その他の講師を紹介してほしい</li> <li>(内容 _____ )</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> その他 _____ ( _____ )</p>
希望日時 (決定日時に☑)	<p><input type="checkbox"/> 第1希望日時 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ ) 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分 ( _____ 時間目)</p> <p><input type="checkbox"/> 第2希望日時 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ ) 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分 ( _____ 時間目)</p>
予定会場	※ 雨天の場合 ( _____ )
人数（クラス）	約 _____ 名 ( _____ クラス)
備考	

※市川市社会福祉協議会 記入欄

事前打ち合わせ日時	
担当者（派遣職員）	
当日の集合時間	