

掛川市社会福祉協議会 福祉教育担当者宛

(FAX 番号)

【東部ふくしあ社協】28-9424 【中部ふくしあ社協】28-8547 【西部ふくしあ社協】29-6193

【南部大東ふくしあ社協】72-6677 【南部大須賀ふくしあ社協】48-1013

福祉教育依頼申請書

実施希望日の2か月前に提出

申込日： 年 月 日

学校名				担当者名			連絡先		
希望メニュー									
対象者	学年	クラス数	人数	その他					
実施目的	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 子どもたちにどんなことを学んでほしいか、具体的にご記入ください。 </div>								
希望内容									
事前学習									
事後学習									
実施希望日時 (必要時間数)	第1希望：	月	日	()	～	(分間)		
	第2希望：	月	日	()	～	(分間)		
	第3希望：	月	日	()	～	(分間)		
打合せ希望日	第1希望：	月	日	()	～				
	第2希望：	月	日	()	～				
	第3希望：	月	日	()	～				
その他 特記事項									