

総合的学習における福祉学習協力依頼申請書

さつま町社会福祉協議会 会長様

令和 年 月 日

学校名	印		担当教諭名	
	TEL :			
	FAX :			
実施日	平成 年 月 日	実施時間	: ~ :	(時間)
学年 参加生徒数	学年 計 (男: 女:)	年生 名	参加教諭数	計 名
実施メニュー（下記に☑をしてください。）				
<p>【社会福祉協議会職員が講師を行うもの】</p> <p> <input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験 <input type="checkbox"/> 車いす体験 <input type="checkbox"/> アイマスク体験 <input type="checkbox"/> ボランティアについて <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 赤十字について <input type="checkbox"/> 赤い羽根共同募金について <input type="checkbox"/> 福祉について </p> <p>【他関係機関へ講師依頼を行うもの】</p> <p> <input type="checkbox"/> 救急法について 消防署 <input type="checkbox"/> 手話（聴覚障がい）について 町内一般講師 <input type="checkbox"/> 盲導犬（視覚障がい）について アイメイト協会 <input type="checkbox"/> 介護体験 町内福祉施設 </p>				

※この申請書は、社会福祉協議会と実施日の日程調整が取れた段階で提出してください。