

年 月 日

境町社会福祉協議会長 様

申請者	団体名 印
	担当者
	電話

福祉体験学習等依頼申請書

標記の件について、下記のとおり実施したく、講師の派遣をお願いします。

希望日時	① 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	② 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	③その他
場 所	
対 象 者	小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ その他 () 学年 () クラス () 人
依頼内容	1. 車椅子体験 2. アイマスク・ガイドヘルプ体験 3. 点字学習 4. 手話学習 5. 高齢者・障がい者の疑似体験 6. ベルマーク等整理体験 7. その他 ()
目 的	
借用物品	無 ・ 有 (別紙借用申請書のとおり)