

令和 年 月 日

御船町社会福祉協議会 会長 様

学校名 \_\_\_\_\_

校 長 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

福祉体験学習に係る職員の派遣について（依頼）

下記の内容で福祉体験学習を実施いたしますので、職員の派遣をお願いいたします。

記

日 時	第1希望 令和 年 月 日（ ） : ~ :
	第2希望 令和 年 月 日（ ） : ~ :
	第3希望 令和 年 月 日（ ） : ~ :
場 所	
対象 (学年・人数)	
担当教諭	
希望メニュー ※その他ご希望 がありましたら ご相談ください	1. 車イス体験学習 2. 高齢者疑似体験学習 3. 視覚障がいの方の疑似体験学習 4. ユニバーサルデザイン(UD)についての学習 5. その他（ ）
学習の目的	
ほか要望等	