令和　　年　　月　　日

御船町社会福祉協議会　会長　様

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

校　長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福祉体験学習に係る職員の派遣依頼書について（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（　）　：　～　： 限目　～　限目
	第２希望　令和　　年　　月　　日（　）　：　～　： 限目　～　限目
	第３希望　令和　　年　　月　　日（　）　：　～　： 限目　～　限目
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・視覚障がい者疑似体験学習 ３．ユニバーサルデザイン(UD)についての学習 ４．その他（　　）
学習の目的	
ほか要望等	

※希望日の１ヵ月前までに、メールもしくはFAXにて社協へ提出してください。