【**隠岐の島町社協　地域福祉係あて　ＦＡＸ ０８５１２－２-４５１７】**

**福祉学習申込書**

**令和　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ-Mail |  |
| 担当者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 講座の申し込み（希望する講座に〇をしてください。）※複数選択可能です。 | 1. 車イス体験
2. あいサポーターになろう
3. 手話を覚えよう
4. アイマスク、点字体験
5. 施設に行ってみよう
6. 高齢者疑似体験
7. 地域を知ろう
8. 自分のまちをよくするしくみ
9. ボランティアについて
10. ユニバーサルデザインとバリアフリー
11. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 希望日時 | 令和　　年　　月　　日　時　　分～　　時　　分（　　時間目～　　時間目） |
| 対象人数 | 学年 | クラス（計　　　名） |
| 実施形態(○をしてください) | 1.学年単位　　2.クラス単位　　3.希望者　　4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

※福祉学習実施後、「福祉学習実施報告書」を提出してください。