【**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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望講座名 |  |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 授業のねらいや希望する内容等について具体的にご記入ください。 |  |