

福祉教育申込書(学校・事業所)

稲城市社会福祉協議会 ボランティアセンター

Tel 042-378-3800

Fax 042-378-4999

| 学校名・事業所名 | | 申込日 | |
|---|--|----------------------------------|------------------------------|
| | | 年 月 日 | |
| 担当者 氏名・連絡先 | 氏名： _____ 電話： _____ 連絡がとりやすい時間帯 : ~ : | | |
| 住所 | | | |
| 参加者 | 学年 | クラス | 生徒数 人 従業員数： 人 |
| 福祉教育 実施目的 | | | |
| 福祉教育 | 第1希望日 | 第2希望日 | |
| 記入例 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内にし点を入れてください。 | 5/10 (月) 9:20~11:30 2時限目~3時限目 | 5/17 (月) 9:20~11:30 2時限目~3時限目 | |
| <input type="checkbox"/> 車椅子サポーター体験 体育館で実施 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | |
| <input type="checkbox"/> 視覚障害者サポーター体験 体育館で実施 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | |
| <input type="checkbox"/> 点字体験 (原則木曜日午前中) | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | |
| <input type="checkbox"/> 手話体験 (原則第1, 2火曜日以外の火曜日) | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | |
| <input type="checkbox"/> 新しい障害者理解教育 重い障害のある子の体験ワークショップ ^o | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | |
| <input type="checkbox"/> 備品貸出 高齢者疑似体験 (台) 車椅子 (台) 白杖 (本) | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | |
| <input type="checkbox"/> その他 内容 () | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | / () : ~ : 時限目 ~ 時限目 | |
| <p>【備考】</p> <p>1 福祉教育実施前に事前調整が必要です、また、原則、1時限目からの福祉教育はできません。</p> <p>2 社会福祉協議会及びボランティア関係者の駐車場が必要となります。</p> <p>3 車椅子サポーター体験は、事前に車椅子を体育館等に搬入します。</p> <p>4 車椅子サポーター体験・視覚障害者サポーター体験は、体育館に障害物の設営が必要です。</p> <p>5 点字体験は、事前にクラス毎の名簿(氏名・ふりがな)の提出が必要です。</p> <p>6 手話体験は、事前にクラス内を4班に分け、名簿(氏名、ふりがな)の提出が必要です。</p> <p>7 新しい障害理解教育は、重い障害のある子の体験ワークショップ(イクルーヴ・フォレスト)です。</p> | | | |

