

【様式1】

FAX (232-3848) にてご送信願います。(送信状は不要です。)

## 福祉教育実施申請書

前橋市社会福祉協議会  
会長 塚田 昌志 様

申請者 学校名 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_  
担当者 \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

対象学年 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ クラス \_\_\_\_\_ 生徒数 \_\_\_\_\_ 名

希望内容 講話 車椅子 高齢者 視覚障害① 視覚障害② 点字  
当事者交流 手話体験  
その他希望があればご記入下さい  
( \_\_\_\_\_ )

希望年月日 第1希望  
月 日 ( ) 時 分 ( 時限 ) ~ ) 時 分 ( 時限 )  
第2希望  
月 日 ( ) 時 分 ( 時限 ) ~ ) 時 分 ( 時限 )  
第3希望  
月 日 ( ) 時 分 ( 時限 ) ~ ) 時 分 ( 時限 )  
※1カ月程度余裕を見て頂けると幸いです。

学習のねらい・目標など

[ \_\_\_\_\_ ]

※受付後、担当職員より連絡致します。

※PTA 行事としての実施や、特別な配慮等必要な場合は下記へご記入下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]