

福祉教育申込用紙（学校関係）

申込日 R 年 月 日

学校名

項 目	内 容（所要時間）		
実施形態 (希望するものに○)		①認知症サポーター養成講座（45分）	
		②車いす体験（45分）	
		③高齢者等疑似体験（疑似体験キット使用）（45分）	
		④視覚障害・アイマスク体験（45分） （アイマスクや特殊レンズを使用した様々な視覚障害の体験）	
		その他（ ）	
対 象 (該当する学年に○)	学年及びクラス数及び人数		担 任
		年生 クラス 名	
		年生 クラス 名	
連絡先	担当者氏名		
	連絡先		
実施時期	※希望する月や時間をお書きください。 例：9月の水曜日の午後（5限目・6限目）を使って		
備 考			

◎提 出 先（以下：社協各支所へ）

高瀬支所	電話 72-4955	FAX 56-2552
山本支所（本所）	電話 63-1014	FAX 63-3085
三野支所	電話 72-2800	FAX 72-6167
豊中支所	電話 62-1012	FAX 62-1193
詫間支所	電話 83-2460	FAX 83-2063
仁尾支所	電話 82-2042	FAX 82-2615
財田支所	電話 67-0115	FAX 56-8890

※提出後は、社協各支所の地区担当が相談に応じます。よろしくお願いします。

福祉教育申込用紙（一般）

申込日 R 年 月 日

団体名

項 目	内 容	
実施形態 (希望するものに○)	☐	①認知症サポーター養成講座
	☐	②車いす体験
	☐	③高齢者等疑似体験（疑似体験キット使用）
	☐	④視覚障害・アイマスク体験 (アイマスクや特殊レンズを使用した様々な視覚障害の体験)
	☐	その他（ ）
参加者	人	
連絡先	担当者氏名	
	連絡先	
実施時期	※希望する月や時間をお書きください。 例：9月の第2水曜日の午後	
実施場所		
備 考		

◎提 出 先（以下：社協各支所へ）

高瀬支所	電話 72-4955	FAX 56-2552
山本支所（本所）	電話 63-1014	FAX 63-3085
三野支所	電話 72-2800	FAX 72-6167
豊中支所	電話 62-1012	FAX 62-1193
詫間支所	電話 83-2460	FAX 83-2063
仁尾支所	電話 82-2042	FAX 82-2615
財田支所	電話 67-0115	FAX 56-8890

※提出後は、社協各支所の地区担当が相談に応じます。よろしくお願いします。