福祉学習講師派遣依頼書（車いす）

 安城市ボランティアセンター 御中

 年 月 日提出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依 頼 団 体** | **ふりがな** |  |
| **名 称** |  |
| **ふりがな** |  |
| **担当者名** |  |
| **所在地** |  |
| **電話番号** |  | **ＦＡＸ** |  |
| **Ｅメール** |  |
| ※学校の場合は、学年単位で記入してください。４クラス以上の場合は実施日を２日間に分けてください。 |
| **依頼内容****＊詳細資料を添付してください。** | ＜実施目的＞ |
| ＜希望するプログラムと具体的な内容＞ |
| **実施希望****日　時** | **第１希望** | 年　　月　　日（　）時間　　：　～　：　　（　　限目） |
| **第２希望** | 年　　月　　日（　）時間　　：　～　：　　（　　限目） |
| **第３希望** | 年　　月　　日（　）時間　　：　～　：　　（　　限目） |
| **会 場** |  |
| **事前打合せ****日時** | **第１希望** | 年　　月　　日（　）時間　　：　～　：　　 |
| **第２希望** | 年　　月　　日（　）時間　　：　～　：　　 |
| **参 加 者** | **人 数** | **年齢層（中心となる層）****※複数選択可** | **事前学習や****経験の有無** |
| 　　　　　人＊学校の場合は学級数　　　　クラス | * 小学生（　　　年生）
* 中・高校生（　　　年生）
* 大人、中高年　□高齢者
 | * あり
* 一部あり
* なし
 |
| **講師料の有無** | □あり □なし □応相談 |
| **資料・体験用****消耗品代** | □支払可 □支払困難 □応相談  |

※事業のパンフレット、要項などがある場合は添付してください。

　学校周辺および講師駐車場の場所を示した地図を添付してください。

☆☆☆　**実施日の２ケ月前までに提出ください**☆☆☆

※２か月前を過ぎた場合は事前にご相談ください。

 　　　 〒446-0046 安城市赤松町大北78-4 安城市ボランティアセンター

TEL 0566(77)2945 FAX 0566(73)0437 メールsyakyovola@syakyo.city.anjo.aichi.jp

提出先