

福祉共育依頼書

学校名		連絡担当者	
TEL	折り返し可能時間：		
授業希望日	第1希望日	第2希望日	第3希望日
実施学年	年生（全学年数： 人）（クラス数： クラス）		
授業時間	時 分 ～ 時 分 （ 時間目 ～ 時間目） <small>※1時間目の授業は伺うことができません。 ご了承ください。</small>	実施形態	<input type="checkbox"/> 1クラスずつ <input type="checkbox"/> 学年全体 （実施場所： ）
希望授業	<input type="checkbox"/> 福祉ってなに？（ユニバーサルデザインについて） <input type="checkbox"/> 高齢者理解 <input type="checkbox"/> 障がい理解 <input type="checkbox"/> 障がい者スポーツについて知ろう <input type="checkbox"/> 地域について知ろう！ <input type="checkbox"/> ボランティアをよく知ろう！ <input type="checkbox"/> 生活支援コーディネーターってなに？ <input type="checkbox"/> 福祉の仕事を知ろう		
学習のねらい	授業を通して生徒たちに学んでもらいたいことなどを記入してください。		
福祉共育担当者に 伝えておきたいこと			

※ 開催希望日の1か月前までにご依頼ください。

※ ご不明な点は社会福祉協議会までお問い合わせ下さい。

※ 依頼を確認後、福祉共育担当者よりご連絡させていただきます。

美濃加茂市社会福祉協議会 地域福祉課

TEL：0574-28-6111 / FAX：0574-28-6110