福祉教育　相談依頼書

申込日：　　　　　年　　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 | ※連絡のとりやすい時間帯　　　　　時ころ | FAX |  |
| メールアドレス | ※必ずご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | ・学　年（　　　　　　　　）年・クラス数（　　　　　　　　）クラス・人　数（　　　　　　　　）名 |
| 実施目的 |  |
| 希望内容※できるだけ詳細にご記入ください |  |
| 事前学習 |  |
| 事後学習 |  |
| 実施希望日時 | ・第一希望：　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　：・第二希望：　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　：・第三希望：　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　： |
| 謝礼 | □支払い可能 |
| その他 |  |

※団体との調整に時間を要しますので、実施予定日の２か月前までに提出をお願いいたします。