社会福祉法人北区社会福祉協議会　福祉学習担当 行

コピーしてお使いください

福祉学習プログラム　実施申込書

|  |
| --- |
| 申込日：西暦　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 |  | | | | | | |
| ふ　り　が　な  担当教諭名 |  | | | | | | |
| 電話番号／FAX | ＴＥＬ |  | | ＦＡＸ | |  | |
| メールアドレス（必須） |  | | | | | | |
| 希望内容 |  | | | | | | |
| プログラムを通して  伝えたいこと |  | | | | | | |
| ご希望日  および  実施時刻 | ※実施3か月前までにお申し込みください。 | | | | | | |
| 第1希望 | | 月　　　　日　　　曜日　（　　　時限） | | | | |
| 時　　　分　　～　 　　　時　　　分 | | | | |
| 第2希望 | | 月　　　　日　　　曜日　（　　　時限） | | | | |
| 時　　　分　　～　 　　　時　　　分 | | | | |
| 第3希望 | | 月　　　　日　　　曜日　（　　　時限） | | | | |
| 時　　　分　　～　 　　　時　　　分 | | | | |
| 希望実施回数 | 単元　　　　　　日 | | | | | | 例）２単元　１日 |
| 対象者（対象学年） |  | | | | 人数 | | 人 |
| 実施場所 |  | | | | | | |
| 打ち合わせ希望日時 |  | | | | | | |

**お問い合わせ・お申し込み先**

社会福祉法人北区社会福祉協議会　福祉学習担当

開館時間　平日８時３０分～１７時１５分

**TEL：03-3906-2352　／　Fax：03-3905-4653**