

【 栄 区社協 行き】

福祉学習 相談カード

\* 太枠内の決まっている項目に記入し、栄区社協 までご返送ください。

F A X : 8 9 2 - 8 9 7 4 E-Mail office@sakaeku-shakyo.jp

記入日	令和 年 月 日				
学校名	小学校 中学校 高等学校	担当者	ふりがな		
			連絡担当者名		
			ふりがな		
			当日担当者名		
住所	横浜市				
電話		F A X			
メール					
対象者	全 校 / 学年 / クラス 福祉委員会 / 福祉クラブ その他 ( )		年生 ( クラス) 名		
			【内 訳】	年生 ( クラス) 名	年生 ( クラス) 名
ねらい					
実施希望内容					
今までの取組(事前学習等)					
協力・依頼調整先(施設・団体)	※想定している講師や、区社協に調整を依頼したい施設・団体などがあればご記入ください。				
開催日程(候補日)	第1希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :	( 校時~ 校時)	
	第2希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :	( 校時~ 校時)	
	第3希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :	( 校時~ 校時)	
	※具体的な日程が未定の場合、希望時期をご記入ください				
事前打合せ候補日	第1希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :		
	第2希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :		
	第3希望	令和 年 月 日 ( )	: ~ :		
	※打ち合わせは原則、栄区社会福祉協議会にて行わせていただければと思います。				
実施場所	体育館 ・ 教室 ・ 視聴覚室 ・ グラウンド ・ その他 ( )				
講師謝金等	あり【 円程度】 ・ なし				
備考					