

令和 年 月 日

社会福祉法人 胎内市社会福祉協議会
会 長 阿 彦 和 男 様

団 体 名

代 表 者

印

下記のとおり福祉体験等の指導をお願いします。

福 祉 体 験 ・ 相 談 依 頼 書

福祉体験の目的	
福祉体験の内容	
日 時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
会 場	
対象者・人数	学年 人
謝礼の有無	無 ・ 有 (予算: 円)
指導者の指名	無 ・ 有 () ※例 点訳者、手話者、盲導犬ユーザーなど
その他留意事項等があればお書きください	
担当者連絡先	役職 氏名
	電話 FAX

※車イス・高齢者擬似体験セット等の器材が必要な場合は、別紙『福祉体験器材借用書』を提出ください。