福祉体験申請書

（キャップハンディ体験・ボランティア研修会等）

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人丸森町社会福祉協議会

会　長　　　森　　　浩　　殿

申請者住所

申請団体名

申請代表者

（電話　　　　　－　　　　　　）

福祉体験を実施したいので下記のとおり申請します。

記

１．福祉体験事業名

　　①キャップハンディ体験

　　　1)車イス　　　　　　　　　　　4)目かくし（白杖）

　　　2)点　字　　　　　　　　　　　5)手　話

　　　3)シニア体験

　　②ボランティア研修

　　　1)講　話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　2)施設ボランティア（老人施設・障害者施設・その他）

　　　3)視察研修（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．開催日時　　　　令和　　　年　　　　月　　　日（　　　曜日）

　　　　　　　　　　　　　午前（後）　　時　　分～午前（後）　　時　　分

３．開催場所

４．参加者数　　　　　　　　　　名　（大人　 　　名、児童・生徒　　　　名）

（社会福祉協議会処理欄）

　・講師（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）