令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

長崎市社会福祉協議会　様

学校名

公印

校長名

**福祉体験学習支援依頼書**

福祉体験学習の実施に際し下記のとおり支援をお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 学習目的 |  |
| 実施日時 | 令和　　年　　月　　日（　 ）　　　：　　　～　　　： |
| 場所 |  |
| 対象 | 生 徒 | 学年 | ｸﾗｽ数 | 生徒数 | 教 諭　　　　名 |
| 学年 | ｸﾗｽ | 名 |
| 担当者 |  |
| 連絡先 |  |
| 借用機材等 | 借用希望の機材のチェック欄に○をつけ、その数をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 | 借用機材等 | 借用数 |
|  | 講師派遣 |  |
|  | 車イス借用 | 車椅子　　　　　台 |
|  | アイマスク借用 | ｱｲﾏｽｸ 　　　　　枚 |
|  | 高齢者疑似体験用具借用 | 体験用具　　　　箱 |

※借用機材の損傷につきましては、全ての責任を負います。 |
| 借用期間等（※） | 借用期間令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日受取日時　令和　　年　　月　　日 17時～17時30分返却日時　令和　　年　　月　　日 17時以前 |

* 学習で必要な借用器材については、原則**実施日の前日**の17時から17時30分までに社協本所へ取りに来ていただき、返却については**実施日当日**の17時までに返却をお願いします。

そのため、借用期間は原則実施日の前日から当日までとなります。