令和　　年　　月　　日

　様

学校・団体名

施設長名

**ふくし教育支援依頼書（協力団体用）**

ふくし教育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（学校用） | 参加者 | 学年 | ｸﾗｽ数 | 生徒数 | 教 諭　　　　名 |
| 学年 | ｸﾗｽ | 名 |
| 対象（団体用） | 参加者 | 参加者（子ども） | 参加者（大人） | スタッフ　　　　名 |
| 名 | 名 |
| 担当者 |  |
| 連絡先 |  |
| 体験依頼先 |

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 |  |
|  | 長崎心身障害者団体連合会 |
| 依頼内容 |  |
|  | 長崎市手をつなぐ育成会 |
| 依頼内容 |  |

※日本赤十字社長崎県支部への依頼については、当該団体のHP上又は赤十字講習会の開催についてにて行ってください。 |