令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

長崎市社会福祉協議会会長　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 | 児童生徒 | 学年 | ｸﾗｽ数 | 生徒数 | 教 諭　　　　名 |
| 学年 | ｸﾗｽ | 名 |
| 担当者 |  |
| 連絡先 |  |
| 借用器材等 | 借用希望の器材のチェック欄に○をつけ、その数をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 | 借用器材等 | 借用数 |
|  | 支援職員派遣 | １名 |
|  | 車イス | 　　　　台 |
|  | アイマスク |  　　　　　枚 |
|  | 高齢者疑似体験用具 | 　　　　箱 |

※借用器材の損傷につきましては、全ての責任を負います。 |
| 貸出・返却についての留意事項 | 借用器材について、受取・返却場所は長崎赤十字会館（長崎市魚の町3-28）となります。長崎赤十字会館は**17時で閉館**となるため、○受取は原則**実施日の前日**の16時30分から17時まで。○返却は原則**実施日当日**16時30分までとさせていただきます。但し、当日の返却が困難な際はご相談ください。 |
| 　貸出期間 | 借用期間：令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日受取日時：令和　　年　　月　　日 　16時30分～17時返却日時：令和　　年　　月　　日 　　　時　　分に返します。 |