播磨町社会福祉協議会事務局　宛

FAX：０７９－４３６－５６１０

★ご依頼の際は、実施予定日の２か月前までにお送りください。(※厳守)

令和６年度 福祉体験学習 講師依頼書

記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　学校名・学年 | 学校 | 学年 | 　　　年 |
| ２　連絡先・担当者名 | 電話：FAX： | ご担当者名 |  |
| ３　学習内容 |  |
| ５　対象生徒人数 | 計　　　クラス≪合計　　　　人≫１組　　　人 ・ ２組　　　人・ ３組　　　人・ ４組　　　人 |
| ６　事前打ち合わせ　　※〇をつけて下さい | 実施前打ち合わせの希望：有(→方法：対面・電話・メール・FAX)、　無　　　　　　　　　　　　　※対面の打ち合わせ場所は当会での場合がございます。 |
| ７　希望日時　 | 第１希望 　　月　　日（　　）　　　　時間目（　　：　　　～　　　：　　）　　　時間目（　　：　　　～　　　：　　） |
| 第２希望 　　月　　日（　　）　　　時間目（　　：　　　～　　　：　　）　　　時間目（　　：　　　～　　　：　　） |
| 第３希望 　　月　　日（　　）　　　時間目（　　：　　　～　　　：　　）　　　時間目（　　：　　　～　　　：　　） |