

福祉教育依頼受付カード

受付	年 月 日 () 電話 FAX 来所	受付者	No.
依頼者	学校名： 担当教師：		
	団体名： 担当者：		
	住所：	TEL	FAX
	メール：		
対象	生徒： 年生 クラス 名		
	その他：教師 名 ・ 保護者 名 ・ 地域 名		
実施希望日	第1希望： 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 校時		
	第2希望： 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 校時		
	第3希望： 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 校時		
実施場所	体育館 ・ 視聴覚室 ・ 格技場 ・ グラウンド ・ その他 ()		
授業のねらい			
内容			
今までの取組			
予算	円		

※事務局記入欄

講師	依頼先：	TEL	謝金	円
	依頼先：	TEL	謝金	円
	ボランティア：			
	ホウ総数：	人	費用弁償費：	円/1人
	その他：			
必要機材				