**福祉教育実践　依頼シート** 　　**送信日：　　　月　　　　日**

（送信先）　富士宮市社会福祉協議会　地域ささえあい係　宛　＊鏡文不要

**ＦＡＸ：０５４４－２２－０７５３**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  | |
| 対象学年 |  | 人数 |  | |

**≪依頼内容≫**

|  |
| --- |
| 企画意図（目的・ねらい）  　＊授業を通じて、どのような事を伝えたいか、どのような学びをしたいか等 |
|  |

**内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望の分野（○をつけて下さい） | 希望の当事者講師及び活動団体（希望がある場合） |
| ・身体障がい　・高齢分野  ・視覚障がい　・子育て分野  ・聴覚障がい　・その他(　　　　) | 講師及び団体名称 |

・当時者講師や活動団体の方からどのような話しが聞きたいか

　　　＊障がい者の理解、障がいの理解等

　　　＊障がいがある方への関わり方、活動団体の活動内容やその体験等

**≪講師及び活動団体による授業希望日≫**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第１希望日 | | 第２希望日 | |
| 月日 |  | 月日 |  |
| 時間 | ：　　　～　　　： | 時間 | ：　　　～　　　： |
| 会場 |  | 会場 |  |
| 第３希望日 | | 第４希望日 | |
| 月日 |  | 月日 |  |
| 時間 | ：　　　～　　　： | 時間 | ：　　　～　　　： |
| 会場 |  | 会場 |  |

◎留意点

　講師等の調整の為、2ヵ月前に計画をしてご依頼下さい。

　講師及び活動団体により事前打合せを実施します。

　ＦＡＸ送信後1週間以内にご連絡のない場合はお手数ですが、電話をお願いします。

**福祉教育実践　依頼シート** 　　**送信日：　　　月　　　　日**

送信日を記入して下さい。

（送信先）　富士宮市社会福祉協議会　地域ささえあい係　宛　＊鏡文不要

**ＦＡＸ：０５４４－２２－０７５３**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ | 連絡をとらせ頂く方の氏名をご記入下さい。 | |
| 対象学年 |  | 人数 |  | |

**≪依頼内容≫**

|  |
| --- |
| 企画意図（目的・ねらい）  　＊授業を通じて、どのような事を伝えたいか、どのような学びをしたいか等  例）・社会にはさまざまな立場の人がいることを知り、その方たちの思いを理解する。  ・それぞれ得意なこと、苦手なことがあるからこそ、その違いを尊重し、お互いを認め合い、支え合いながら生きていくことの大切さにきづく。 |
|  |

**内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望の分野（○をつけて下さい） | 希望の当事者講師及び活動団体（希望がある場合） |
| ・身体障がい　・高齢分野  ・視覚障がい　・子育て分野  ・聴覚障害　・その他(　　　　) | 講師及び団体名称  無ければ未記入で構いません。 |

・当時者講師や活動団体の方からどのような話しが聞きたいか

　　　＊障がい者の理解、障がいの理解等

　　　＊障がいをもつ方への関わり方、活動団体の活動内容やその体験等

例）・日常生活について。

・移動手段について知りたい。

**≪講師及び活動団体による授業希望日≫**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第１希望日 | | 第２希望日 | |
| 月日 | なるべく、第3希望までご記入下さい。  会場は、体育館、音楽室等ご記入下さい。未定の場合は未定とご記入下さい。  期間は、2ヵ月を目安におねがいします。 | 月日 |  |
| 時間 | ：　　　～　　　： | 時間 | ：　　　～　　　： |
| 会場 |  | 会場 |  |
| 第３希望日 | | 第４希望日 | |
| 月日 |  | 月日 |  |
| 時間 | ：　　　～　　　： | 時間 | ：　　　～　　　： |
| 会場 |  | 会場 |  |

◎留意点

　講師等の調整の為、2ヵ月前に計画をしてご依頼下さい。

　講師及び活動団体により事前打合せを実施します。

　ＦＡＸ送信後1週間以内にご連絡のない場合はお手数ですが、電話をお願いします。