

【 西区社協 福祉教育相談担当 行き】

福祉学習 相談シート

\* 太枠内の記入できる項目を記入し、早めに区社協までご連絡ください。

依頼日	年 月 日			
学校名	小学校 中学校 高等学校	担当者	ふりがな 氏名	
住所	横浜市			
電話	(連絡可能な時間帯: )	FAX		
		Eメール	@	
開催日程 (候補日)	第1希望	年 月 日 ( )	: ~ :	( 校時~ 校時)
	第2希望	年 月 日 ( )	: ~ :	( 校時~ 校時)
	第3希望	年 月 日 ( )	: ~ :	( 校時~ 校時)
実施場所	<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 視聴覚室 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
対象者	全校 / 学年 / クラス 福祉委員会 / 福祉クラブ その他 ( )	年生 ( クラス) 名 【内 訳】		
ねらい	※児童・生徒にどのような気づきを得てほしいか、どのような力を身につけてもらいたいかなどご記入ください。			
実施希望内容	※話してもらいたい内容やテーマなどご記入ください。			
今までの取組	※上記ねらいを達成するために学習してきたことなどご記入ください。			
予算等	<input type="checkbox"/> あり【 円程度】 ・ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内 訳	<input type="checkbox"/> 講師・ボランティアへの謝金: 円 <input type="checkbox"/> 交通費: 円 <input type="checkbox"/> 資料運搬代: 円 <input type="checkbox"/> 材料費: 円 <input type="checkbox"/> その他 ( ): 円		
貸出機材	<input type="checkbox"/> 車いす _____ 台 (自走式 _____ 台/介助式 _____ 台) <input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット _____ セット <input type="checkbox"/> 白杖 _____ 本 <input type="checkbox"/> アイマスク _____ 枚 <input type="checkbox"/> 点字版 _____ セット <input type="checkbox"/> その他 ( )			
備考				

※区社協記入欄 (ここには何も記入しないでください)

対応結果	継続対応 ・ 相談のみ ・ 資料貸出のみ ・ 他機関紹介 ( )			
講師 依頼先	【個人】	<input type="checkbox"/> TEL ( ) <input type="checkbox"/> TEL ( )	<input type="checkbox"/> 謝金: 円 <input type="checkbox"/> 謝金: 円	
	【グループ】	代表者名 / TEL ( )	/ 人数 名	/ 謝金: 円
打ち合わせ	日時: 年 月 日 ( ) : ~ 場所:			
過去実施日	年 月 日実施 (担当: )	備考		
局長	次長	職員	受付者	