様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人みよし市社会福祉協議会

会　長　　　　　　　　　　　様

学校名

学校長　　　　　　　　　　印

福祉実践教室の実施について（依頼）

　このことについて、下記のとおり実施したいので貴会のご協力をお願いいたします。

記

１　日時

２　場所

３　希望内容

４　対象者

５　計画書

　　別紙「福祉実践教室計画書」のとおり

担　当：

電　話：

ﾌｧｸｼﾐﾘ：

様式２

福祉実践教室計画書

１　授業のねらい

２　日時

第１希望：　　　　年　　月　　日　　　　　時　　分から　　時　　分まで

第２希望：　　　　年　　月　　日　　　　　時　　分から　　時　　分まで

第３希望：　　　　年　　月　　日　　　　　時　　分から　　時　　分まで

３　場　所

４　内容

５　対象者

６　連絡先

担　当：

電　話：

ﾌｧｸｼﾐﾘ：

様式３－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜実施校→市町村社協→県社協＞

児童・生徒の福祉実践教室実施申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人みよし市社会福祉協議会

会　長　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 | 学校　 |
| 学校長 | 　 |
| 担当教諭 |  |
| 電　　話 | （　　　　）　　　－ |
| ＦＡＸ | （　　　　）　　　－ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※学校長印の押印はどちらでも可

１　実施希望年月日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 年　　　月　　　日 | 時　　　　　間 |
| 第１希望 | 　　　　　年　　　月　　　日（　） | 　午前・午後　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 第２希望 | 　　　　　年　　　月　　　日（　） |  午前・午後　　時　　分　～　　　時　　分  |
| 第３希望 | 　　　　　年　　　月　　　日（　） | 午前・午後　　時　　分　～　　　時　　分 |

２　希望科目　（希望する内容に○印を付けてください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 肢　体不自由 | 聴覚障害 | 視覚障害 | 知的障害 | 高齢者等 | その他 |
| 科　目 | 車　い　す | 手　　話 | 要約筆記 | 点　　字 | 盲　導　犬 | 視覚障がい理解 | 発達障がい理解 | 高齢者理解 | 地域交流活動等 |
| ○欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式３－２

３　実施内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時　　間 | 科　　目 | 学年・クラス内訳　　　年　　組 | 参加者数　　　　名 | 会　　場　　名 |
| 晴天の場合 | 雨天の場合 |
| ～ | 開　講　式 |  |  |  |  |
| ～ | １　講　義 |  |  |  |  |
| ～ | ２ |  |  |  |  |
| ～ | ３ |  |  |  |  |
| ～ | ４ |  |  |  |  |
| ～ | ５ |  |  |  |  |
| ～ | ６ |  |  |  |  |
| ～ | 閉　講　式 |  |  |  |  |
| 参加児童・生徒、教諭参加者数　 　+　　　 名 |

※　実施校は、実施申請書（様式３－１、３－２）・概況調査（様式４）により当該市町村社協と調整のうえ当該市町村社協に申請してください。

様式４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜実施校→市町村社協→県社協→協賛団体＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜（講師等決定後）市町村社協→講師・Ｖ＞

児童・生徒の福祉実践教室の概況調査

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　市　　　　　　　　町　　　　　　　　村 |  | 　この「概況調査」は、福祉実践教室に参加いただく講師等に、 あらかじめ学校の特色等を周知するための資料です。各項目、簡潔にご記入ください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 |  立　　　　　学校 | 校長名 |  |
| 住　　　所 |  | 電　話ＦＡＸ |  （　　　）　　　－ （　　　）　　　－ |
| 開校年月日 |  　 年　　　月　　　日 | 生徒数 |  名 |
| 特別支援学級の　有　無 | 無　・　有（学級数　　　） | 担当教諭名 |  |
| 実践教室担当教諭名 |  |
| 学　校　の教育目標 | １ |
| ２ |
| ３ |
| ４ |
| ５ |
| 年度福　　　祉教育目標 | １ |
| ２ |
| ３ |
| ４ |
| ５ |
| 年度の重点事業 | １ |
| ２ |
| ３ |
| ４ |
| ５ |
| 地域・学校の　概　要 |  |
|  |
|  |

※　実施校は、実施申請書（様式３－１、３－２）・概況調査（様式４）により当該市町村社協と調整のうえ当該市町村社協に申請してください。