様式①

　　令和　　年　　月　　日

下野市社会福祉協議会　会長　様

申請団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者名

住　　所

電話番号

下野市社会福祉協議会「ふくし移動講座」依頼書

上記の件ついて、実施要項に基づき次のとおり依頼します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼内容  （希望する内容  　１つに○） | ① 福祉ってなあに？　　　　　　　　② 赤い羽根共同募金について  ③ 誰もが住みやすい町づくり　　　　④ 手話体験  ⑤ アイマスク体験　　　　　　　　　⑥ 点字体験  ⑦ 車椅子体験　　　　　　　　　　　⑧ 高齢者疑似体験 | | | |
| 希望日時  （２か月の余裕を持って、第３希望  まで記入） | 第1希望 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）  午前・午後　　　　時　　　分 ～ 　　　時　　　分 | | |
| 第2希望 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）  午前・午後　　　　時　　　分 ～ 　　　時　　　分 | | |
| 第3希望 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）  午前・午後　　　　時　　　分 ～ 　　　時　　　分 | | |
| 場　所 |  | | | |
| 対象者  （学年等） |  | | 人　数  （クラス数） | 名  （　　　　　　　　クラス） |
| 備　考 |  | | | |

**●提出先：下野市社会福祉協議会　（FAX　０２８５－４４－５８０７）**

職員記録欄　記録日：　　月　　日

**・決定した日時【第　　　希望、　　　　　　　　　　　　　　　】**

特記事項