

令和 年 月 日

福祉体験講座申込書

申込者氏名（団体名）			
住所【〒	】中央区		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
担当者氏名		担当者連絡先	

受講希望講座（○で囲む）			
<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%;">・福祉入門講座 <li style="width: 25%;">・シニア体験講座 <li style="width: 25%;">・車いす体験講座 <li style="width: 25%;">・手話体験講座 <li style="width: 25%;">・点字体験講座 <li style="width: 25%;">・アイマスク体験講座 			

希 望 日（2か月前までにお申しください）	希 望 時 間 帯	時 間 割 ※学校のみ
年 月 日（ ）	～	時間目～ 時間目
年 月 日（ ）	～	時間目～ 時間目
年 月 日（ ）	～	時間目～ 時間目

参加人数		打合せ希望日時	
クラスごとの人数※学校のみ			
事前学習の日程および内容			
事後学習の日程および内容			
社協広報掲載	可 ・ 不可	※掲載可能な場合、事前に原稿確認をお願いしております。	
開催の目的、要望			
開催場所	駐車場 [有 ・ 無]	エレベーター [有 ・ 無]	上履きの必要性 [有 ・ 無]
その他連絡事項			

【申込み先】社会福祉法人中央区社会福祉協議会 ボランティア・区民活動センター
 〒104-003 中央区八丁堀4-1-5
 電話:3206-0560 FAX:3206-0601 メール:vc@shakyo-chuo-city.jp