****白岡市社会福祉協議会　事業係　福祉教育担当　宛

※確認後数日中に社協より連絡をいたします。

（連絡がない場合、念のためお電話をお願いします。　TEL 0480-92-1746）

**福祉教育依頼書**

学 校 名：

担当先生：

記入日：　　月　　日　～太枠の中をご記入ください～ 電話番号：

|  |  |
| --- | --- |
| **学習内容** |  |
| **実施目的**  **（ねらい）** |  |
| **対象者**  **（児童・生徒）** | 年生　　計　　　人  （１組　　　人、２組　　　人、３組　　　人、４組　　　人） |
| **希望日時** | 1. 令和　　年　　　月　　　日（　　時間目～　　時間目） 2. 令和　　年　　　月　　　日（　　時間目～　　時間目） 3. 令和　　年　　　月　　　日（　　時間目～　　時間目）   その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **実施場所** | 教室（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　体育館  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **希望内容**  **（〇をつけてください）** | 点字体験 ・ 手話体験（視覚障がい者講話） ・ 車いす体験  視覚障がい者講話 ・ ガイドヘルプ体験  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **事前学習**  **（予習）** | 例）DVD（知りたいあなたのこと）を視聴し、各自調べ学習をしている |
| **事後学習**  **（振り返り）** | 例）クラスごとに発表を行う（社協見学可）・感想を書く |
| **その他**  **（上記以外でご希望などあればご記入ください）** | 例）上記の希望内容を２時間で児童が選べる形にしたい・DVDを借りたい等 |
| 職員記入欄  備品貸出 | 車いす（自走式　　台／介助式　　台）  アイマスク　　枚  白杖　　本  福祉DVD（　　　　　　　　　　　） |

※学習指導案等があれば添付をお願いします。

※『福祉教育について』という社協作成の冊子を参考にご記入ください。　**送信先FAX 0480-92-1581**