

福祉体験学習 申込書

鹿角市社会福祉協議会 行

FAX 23-2850

MAIL info@kazunoshishakyo.or.jp

年 月 日記入

学校名	学年	クラス	児童・生徒数
	年		人
担当教諭			
TEL		FAX	
学習のねらい			

希望する福祉体験学習

	体験学習名	希望日時			
			第1	第2	第3
第1希望		日にち			
		時間			
第2希望		日にち			
		時間			
第3希望		日にち			
		時間			
その他要望等					