

町田ボランティアセンター行 (FAX 042-723-4281)

福祉体験学習申込書

年 月 日記入

受付	係長	課長
/	/	/

学 校 名		学 年	ク ラ ス	生 徒 数
		年		
担当教諭名		コーディネーター名		
住 所	町田市	電話番号(連絡担当)		
		FAX 番号		
		E-mail		
交通手段	最寄り駅・バス停() そこからの所要時間() 分 ※学校の入り口などがわかる案内図があれば添付してください。			
学習のねらい				

希望するものに○をつけ、必要事項に記入をお願いします。 ※すべての学習において、事前打ち合わせが必要です。			希望日時			
				第1	第2	第3
1	ボラ学習	センター職員によるボランティアに関する話を聞き、ボランティアや福祉に関する学びを深めます。	日にち 時 間			
2	手話	手話学習を通じて、聴覚障がい者への理解を深めます。	日にち 時 間			
3	文字支援	文字支援(筆談)学習を通じて、聴覚障がい者への理解を深めます。	日にち 時 間			
4	点字	点字体験学習を通じて、視覚障がい者への理解を深めます。※用意するもの:①点字板 借用希望(有・無) ②点字用紙(購入) ③点字一覧表(ボラセンにあります)	日にち 時 間			
5	車いす	車いす体験学習を通じて、身体障がい者への理解を深めます。※用意するもの:車いすは貸し出しますが、搬入搬出は、申込者でお願いします。	日にち 時 間			
6	アイマスク	アイマスク体験学習を通じて、視覚障がい者への理解を深めます。※用意するもの:アイマスク	日にち 時 間			
7	障がい者の体験談	障がい者当事者の講話を通じて、当事者の生活や思いを知り、福祉に関する学びを深めます。	日にち 時 間			
確認事項など		1. 駐車場 (有・無) 有りの場合、何台まで可能ですか? [] 台まで 2. 交通費等 (有・無) 有りの場合、一人 [] 円全体で [] 円 3. 昼食 お昼にかかる場合 (有・無) 自己負担 (有 [] 円・無) 4. その他 ()				

☆お申し込みは実施日の2か月前までをお願いいたします。
 ☆福祉体験学習終了後は、別紙実施報告書をご提出ください。