様式第２号

福祉学習申込書

令和　　年　　月　　日(　　)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 担当者 |  |
| 住所 | 〒 | 電話 | (　　)　　－　　 |
| FAX | (　　)　　－　　 |
| 人数 | 名 | ※備考：学年、クラス数、生徒数、配慮の必要な事項など |
| 希望の講座 | * 高齢者　　　　　　□　視覚障がい　　　　　　□聴覚障がい
* 肢体障がい　　　　□　児童・子育て　　　　　□福祉の仕事
* その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)
 |
| 希望時期 | ※以下の内、いずれかでお答えください。①　第１希望：　　月　　日(　)　　　　:　　　　～　　　　:　　　　第２希望：　　月　　日(　)　　　 :　　　　～　　　 :②　□１学期　　□２学期　　□３学期　(およそ　　　　　月頃) |
| 学習の目的/ねらい |  |
| その他 | (希望する内容、講座回数など) |

※実施希望日の１ヶ月前までにご提出ください。

受　付　印