

福祉体験等依頼申請書

年 月 日

社会福祉法人 袋井市社会福祉協議会 様

学校名

校長名

下記のとおり福祉体験を実施したいので、講師の派遣を申し込みます。

1. 希望する派遣日時						
①	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
②	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
③	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
④	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
2. 派遣場所						
3. 授業内容						
4. 対象及び人数						
担当者 _____						
TEL _____ FAX _____						

※事務局使用欄

	事務局長	参事	主幹	係長	担当者	所属職員
回 議						