

児童・生徒の福祉実践教室実施申請書

令和 年 月 日 第 号

豊橋市社会福祉協議会会長 殿

令和	年度福祉協力校	年目
学 校 名		
学 校 長	(印)	
担 当 教 諭		
電 話	-	
F A X	-	

1. 実施希望月日・時間

年 月 日	時 間
令和 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分～ 時 分

2. 希望科目 (希望する内容に○印を付けてください。)

区 分	肢 体 不 自 由	聴覚障害		視覚障害				その他	
		手 話	要 約 筆 記	点 字	音 訳	盲 導 犬	盲 人 ガ イ ド	ビ デ オ	
科 目	車 い す								
○ 欄									

ビデオ名 ( )

3. 実施内容

時 間	科 目	学年・クラス内訳 年 組	参加者数 名	会 場 名	
				晴天の場合	雨天の場合
： ～ ：	開 講 式				
： ～ ：	1 講 義 ( 必 須 )				
： ～ ：	2				
： ～ ：	3				
： ～ ：	4				
： ～ ：	5				
： ～ ：	6				
： ～ ：	閉 講 式				
参加生徒・教諭実人員 _____名					