令和　　年度社会福祉教育推進事業サポートシステム希望調査書

令和　　年　　月　　日

学校名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

　担当教諭

○事　業　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　教室　・　講演

○実施予定日：第１希望　　　月　　日（　　）　／　第２希望　　　月　　日（　　）

○時　間　帯：　　　　**：**　　　　　～　　　　　**：**（　　　分）

○実施場所：

○対　　　象：　　　　　　　年生　　　　クラス　　　　人

○内　　　容：

(どのように）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

○講師希望：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（講師一覧参照）※必ず記入

○返答期限：　　　月　　　日まで

○その他：

|  |
| --- |
|  |

**※実施予定日の２カ月前を目安に提出してください。**

**提出先： 太田市社会福祉協議会　地域事業課　ボランティア係**

**ＦＡＸ：０２７６-５７－２９７５**