

福祉教育 相談カード

学 校 名 _____

教諭氏名 _____

連 絡 先 (電話) _____

(FAX) _____

開催期日 (※可能な場合、候補日を複数ご記入ください)	
開催場所	
対象者(人数)	
希望する内容	
授業の目的 (何を伝えたいか等)	
ボランティアセンターのサポート内容 (該当するものに☑)	詳細をご記入ください <input type="checkbox"/> 用具の貸し出し <input type="checkbox"/> 指導者の調整 <input type="checkbox"/> 講話者の調整 <input type="checkbox"/> 体験場所(福祉施設等)の紹介 <input type="checkbox"/> プログラムの作成 <input type="checkbox"/> その他
クラスの様子等	
備 考	

<提出先・問合せ先>

柏崎市社会福祉協議会・ボランティアセンター

〒945-0045 柏崎市豊町3-59 柏崎市総合福祉センター内

TEL: 22-1411 / FAX: 22-1441 / E-mail: ks-14@syakyou.jp