

# 福祉教育 相談カード

学 校 名 \_\_\_\_\_

教諭氏名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 (電話) \_\_\_\_\_

(FAX) \_\_\_\_\_

<b>開催期日</b> (※可能な場合、候補日を複数ご記入ください)	
<b>開催場所</b>	
<b>対象者(人数)</b>	
<b>希望する内容</b>	
<b>授業の目的</b> (何を伝えたいか等)	
<b>ボランティアセンターのサポート内容</b> (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
<b>クラスの様子等</b>	
<b>備 考</b>	

<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