

体験教室依頼申込書

受付	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> FAX	受付者		
学校名	学年 ()年		学級数 学級		
			児童数 名		
住所	(-)		電話		
			FAX		
担当者氏名	E-mail				
依頼日時	候補	第1希望	第2希望	第3希望	
	実施日	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	
	時間	: ~ :	: ~ :	: ~ :	
	時間目 ~ 時間目	時間目 ~ 時間目	時間目 ~ 時間目	時間目 ~ 時間目	
車いす・白杖の場合	体育館使用可 <input type="checkbox"/>	体育館使用可 <input type="checkbox"/>	体育館使用可 <input type="checkbox"/>		
依頼内容	目的				
	体験希望項目	<input type="checkbox"/> 車椅子体験			
		<input type="checkbox"/> 白杖体験			
		<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験			
		<input type="checkbox"/> 講話 (<input type="checkbox"/> 視覚障がい者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者)			
		※聴覚障がい者の講話につきましては、浦安市聴覚障がい者協会へお申し込みください			
<input type="checkbox"/> その他 (応相談・・・ <input type="checkbox"/> 点訳 <input type="checkbox"/> 音訳)					
ボランティアセンター記入欄	決裁	課長	課長代理	主任主事	係
	伺い			
	処理			
	※ 事前打合せ日		月	日	
	「校内配置図」提出日		月	日	
	「時間割表」提出日		月	日	
	「物品借用申請書」提出日		月	日	