**別紙**

**【ＦＡＸ送信先】　０２９－２４４－４５４３**

**社会福祉法人茨城県社会福祉協議会　茨城県福祉人材センター行き**

申込日　令和　　　年　　　月　　　日

**福祉キャラバン隊　派遣申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）学 校 名 |  |  |
| 所 在 地 | 　〒 |  |
| 連 絡 先 | 電話　　　　　　　　－　　　　　　－ＦＡＸ　　　　　　　－　　　　　　－ |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　　　　　　　　　　＠　　　　　 |
| （ふりがな）担当者氏名 | 職名　　　　　　　　　　氏名 |  |
| 学　　年 | 　　　　　　　　学年 | クラス数人　　数 |  　　　　クラス　　　　　　　名 |  |
| 派遣希望日時（日程調整のため1月程度余裕をもってお申し込みください） | 第１希望　　　　月　　　日（　　　）時　　　分～　　　　時　　　分まで　（　　　）時間目 |  |
| 第２希望　　　　月　　　日（　　　）時　　　分～　　　　時　　　分まで　（　　　）時間目 |
|  |
| ※その他実施可能日がございましたらご記入をお願いします。 |
| 実施場所 |  |  |
| 希望内容（講師に話してほしい内容等を記入してください） |  |  |
| ♢準備依頼品（準備いただけるものにチェックをお願いします。） |  |
| □配布資料の印刷　　　□パソコン（Windows・Mac）・USB使用（可・不可）　□電子黒板　　　　　　□プロジェクター　　　　　　□スクリーン□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

申込締切　令和５年１月３１日（火）まで（キャラバン隊担当：八木・鬼沢）