

福祉教育受付票

申請受付日	平成 年 月 日 ()		
申請受付担当者名			
依頼者 (学校名)	ふりがな		
住所	〒		
連絡先	<input type="checkbox"/> 学校	TEL/FAX	
	<input type="checkbox"/> 自宅	Email	
担当者名	ふりがな		
依頼内容 (依頼内容に関すること)			
依頼理由			
希望日時			
場所			
体験・学習内容			
講師の希望	・高齢者福祉 ・障がい児者福祉 ・子育て ・その他		
	【詳細の説明】		
希望する人数	名		
募集締切	平成 年 月 日 ()		
謝金・交通費の支給	有 (一人 謝金 円・交通費 円) ・ 無		
その他 (注意事項・補足説明等)	場所・地図		