

(別紙1)

令和 年 月 日

ふれあいランド岩手 館長 様

申請団体名	
連絡先	担当者職氏名 住所(〒 -) 電話 FAX E-mail
連絡可能時間	平日/土・日/いつでも(午前・午後・夜間) 時 ~ 時頃

福祉見学・体験学習等依頼申込書兼回答書

標記について、下記のとおり申込みいたします。

対象者	学生(小・中・高) 学年、 クラス その他() 計 人	引率 ()人	
学習の目的	※見学や体験を通して、どのようなことを学んでほしいか教えてください。		
学習の経過	※事前学習について、どのような学習活動を行ってきたか記入ください。		
	※体験後の学習活動について、体験学習後どのような学習・まとめを目指しているか記入ください。		
学習希望内容	※施設見学のほか、希望する場合は希望順に()に①～③を記入ください。		
	施設見学	有	
	車いす体験	()	下肢障がい者理解(車イス操作・介助)
	白杖体験	()	視覚障がい者理解(アイマスク歩行・手引き介助)
	高齢者擬似体験	()	① 視野狭窄体験歩行 ② 重りサポーター装着歩行
	障がい者スポーツ体験等	()	希望種目:
その他	()	① 手話体験 ② その他:	
希望日程	※時間はランドに到着する時間及び出発時間を記入ください。 令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		

回答 (事務局使用欄)	上記申請について、次のとおり回答します。 通信欄 () 年 月 日 ふれあいランド岩手 担当者
----------------	--

※ 体験学習等の申込みは2か月前までに問い合わせ願います。

※ 記入欄が足りない場合は別紙で提出願います。

ふれあいランド岩手 管理指導グループ宛
TEL 019-637-7444 FAX 019-637-7544