

FAX送付先 099-239-0384

鹿児島県介護実習・普及センター 御中

福祉体験教室申込書

申込日	平成 年 月 日 (曜日)	参加者 人数	名 引率者 名含む (男 名) (女 名)
ふりがな 団体名	団体名(学校名)	学年(学科名)	クラス
実施希望日	※第1希望日に実施できない場合があります。できるだけ第2・第3希望日までご記入ください。		
第1希望	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
第2希望	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
第3希望	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
内 容 希望する内容 等を○で囲ん でください。	●対象者：小学校4年以上 ●所要時間：各コース1時間程度 ●受入人数：各コース20名程度 1 高齢者疑似体験 2 車いす体験 3 ユニバーサルデザイン ・ 自助具体験 4 福祉用具見学 ※モデルハウス見学【 含む ・ 含まない 】		
来館方法	貸し切りバス (大 ・ 中 ・ マイクロ) 台 ・ 自家用車 台 JR ・ 市電 ・ 公共バス ・ 徒歩 ・ その他 ()		
申 込 者	職 名	氏名(ふりがな)	
団体住所	〒		
電話番号	FAX番号		
備 考	※他に特記すべきことがあればご記入ください。		

※希望日の前月5日までに申込書をご提出ください。