実践教室様式①-１　　　　　　　　　　　　　　　 　 ＜実施校→岡崎市社協＞

児童・生徒の福祉実践教室実施申請書

第　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

(宛先)

社会福祉法人岡崎市社会福祉協議会長

| 学校名 | 学校 |
| --- | --- |
| 学校長 |  |
| 担当教諭 |  |
| 電話 | （　　　　）　　－ |
| FAX | （　　　　）　　― |

１．実施希望年月日

| 年　　月　　日 | 時　　　　間 |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日（　　） | 午前・午後　　時　　分～　　時　　分 |
| 令和　　年　　月　　日（　　） | 午前・午後　　時　　分～　　時　　分 |

２．希望科目　（希望する内容に○印を付けてください。）

| 区  分 | 肢　体  不自由 | 聴覚障がい | | 視覚障がい | | | 高齢者 | 自閉症 | その他 | 全　体　講　話 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　目 | 車　い　す | 手　　　話 | 要約筆記 | 点　　　字 | 盲　導　犬 | 視覚障がい  ガイド | 高齢者疑似  体験 | 発達障がい | いじめ防止 |
| ○欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

実践教室様式①-２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜実施校→岡崎市社協＞

＜（講師等決定後）岡崎市社協→講師・V＞

児童・生徒の福祉実践教室実施計画表

１．実施内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　　日

| 時　　間 | 科　　目 | 参加者内訳 | 参加者数  　　　名 | 会　　場　　名 | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 晴天の場合 | 雨天の場合 |
| ～ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 参加者数　　　　　　名 | | | | | |

２．講師集合

| 時間 |  | 場所 |  |
| --- | --- | --- | --- |

実践教室様式②　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜実施校→岡崎市社協＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜（講師等決定後）岡崎市社協→講師・V＞

児童・生徒の福祉実践教室の現況調査

| この「概況調査」は、福祉実践教室に参加いただく講師等に、あらかじめ学校の特色等を周知するための資料です。各項目、簡潔にご記入ください。 |
| --- |

| 学　校　名 |  | | 校長名 |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　　所 |  | | 電　話  ＦＡＸ | （　　　　）　　－  （　　　　）　　－ |
| 開校年月日 | 年　　　月　　　日 | | 生徒数 | 名 |
| 福祉実践教室担当教諭名 | |  | | |
| 特別支援学級  の有無と種別 | 無　・　有  （学級数　　） | * 肢体不自由　　・　聴覚障がい　　・　視覚障がい * 知的障がい　　・　発達障がい　　・　その他 | | |
| 学校の  教育目標 | １ | | | |
| ２ | | | |
| ３ | | | |
| ４ | | | |
| ５ | | | |
| 令和 　年度  福祉  教育目標 | １ | | | |
| ２ | | | |
| ３ | | | |
| ４ | | | |
| ５ | | | |
| 令和 年度  推進校の  重点事業 | １ | | | |
| ２ | | | |
| ３ | | | |
| ４ | | | |
| ５ | | | |
| 地域・学校  の概要 |  | | | |

実践教室様式④　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＜実施校→岡崎市社協＞

児童・生徒の福祉実践教室実施報告書

令和　　　年　　　月　　　日

(あて先)

社会福祉法人岡崎市社会福祉協議会長

| 学校名 | 学校 | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当教諭 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |

１．実施年月日

| 年　　月　　日 | 時　　　　間 |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日（　　） | 午前・午後　　時　　分～　　時　　分 |

２．実施科目　（実施した内容に○印を付けてください。）

| 区  分 | 肢　体  不自由 | 聴覚障がい | | 視覚障がい | | | 高齢者 | 自閉症 | その他 | 全　体　講　話 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　目 | 車　い　す | 手　　　話 | 要約筆記 | 点　　　字 | 盲　導　犬 | 視覚障がいガイド | 高齢者疑似体験 | 発達障がい | いじめ防止 |
| ○欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３．参加者

| 児童・生徒 | 学年　　　　　　　年　　　　　　　　　名 |
| --- | --- |
| 教諭等学校職員 | 名 |

４．科目毎の感想・要望（授業科目が３科目以上の場合は別紙作成お願いします。）

| 実施科目  実施科目  実施科目 |
| --- |