

福祉体験学習計画表

学校名		TEL	
担当者	_____ 学年 _____	FAX	
開催日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()		
時間	_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 まで		
開催場所	本校 _____ 階 _____ 室 ・ 体育館 (_____ 階)		
集合時間 (講師)	_____ 時 _____ 分	集合場所 (講師)	
対 象	生徒 _____ 年生 _____ 名 保護者 _____ 名 / 教員 _____ 名	合 計	_____ 名
内 容	生徒 (_____ クラス) を (_____) グループに分け、車椅子・アイマスク・点字・手話・高齢者疑似・(_____) 体験学習・福祉講話 (_____) を _____ 回実施	学習経験	有 ・ 無
	第1回 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 (_____ 分間)		
	第2回 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 (_____ 分間)		
	第3回 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 (_____ 分間)		
* 当日の流れ (タイムスケジュール)			
講師送迎	可 (送迎場所: _____) ・ 不可		

