

FAX：042-985-1411 (日高市社会福祉協議会行)

彩の国ボランティア体験プログラム2018inHIDAKA申込書

No. _____ ●申込日：平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭・平 年 月 日	才
住所	(〒 -)	電話		
		FAX		
メール		携帯電話		
参加区分	中学生・高校生・学生・勤労者・主婦・主夫・その他 ()			
学校名	(年)	保護者の同意 (署名・捺印) ※18才未満		
		印		

★体験活動の様子を写真に撮らせていただく予定です。撮影した写真は、社会福祉協議会や体験先の施設の広報などに使用される場合があります。

【参加希望メニュー】

※受入状況によっては、参加調整をさせていただくことがありますので、第3希望までご記入下さい。

希望順	No.	メニュー名	参加希望日 (日にちを入れてください)
第1			
第2			
第3			

上記のうち3つ全てのメニューへ参加を希望しますか？ (はい・いいえ) ※どちらかに必ず○をつける！

7月に体験を希望する人 ▶ 7月17日締切 ▶ 説明会 7月20日(金) 17:00~18:00

8月に体験を希望する人 ▶ 7月25日締切 ▶ 説明会 7月29日(日) 10:00~11:00

【次のメニュー ↓ に参加希望の方のみご記入ください】

■S-1 盲導犬の話と視覚障がいボランティア体験

日程：8月26日(日) ※説明会への参加は不要です。

10:00~12:00 盲導犬ロンドとユーザーさんのお話し

13:00~15:00 視覚障がいボランティア体験 (A~C)

対象：小学生以上 (1・2・3年生は、保護者同伴)

会場：総合福祉センター「高麗の郷」 ※昼食をご持参ください。

※午後の体験は希望の場所に分かります。

- A 点字体験
- B 朗読体験
- C アイマスク体験

やむを得ず説明会に参加できない場合は、社会福祉協議会へご相談ください。

※郵送で提出する場合は、申込書のコピーを保管してください。

上のA~Cから希望の体験を選んでください。

第1希望	
第2希望	

【問い合わせ先】日高市社会福祉協議会

電話：042-985-9100

住所：日高市大字楡木201

(総合福祉センター「高麗の郷」内)

※ご記入いただいた個人情報はボランティア保険の加入および受入先との連絡調整に使用させていただきます。