

キャップ・ハンディ活動支援要請書

団体名 _____

実 施 責 任 者	住 所	
	氏 名	
	TEL	
	FAX	
担 当 責 任 者	氏 名	
実 施 希 望 日 時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
実 施 希 望 場 所		
対 象 団 体 名 と 対 象 人 数		名
希 望 す る 体 験 (○をつけてください)	<ul style="list-style-type: none"> ・下肢障がい体験(車椅子) ・視覚障がい体験(白杖) ・視覚障がい体験(点字) ・高齢者擬似体験 	
体 験 を 希 望 さ れ た 目 的 等		
今までの「福祉」に関する取組状況		
実施にあたっての留意事項		
体 験 後 の 活 動 予 定		

【連絡先】 〒 022-0006
 岩手県大船渡市立根町字田ノ上30-20
 岩手県立福祉の里センター

TEL 0192-27-0294

FAX 0192-27-4386