別紙様式2

キャップ･ハンディ活動支援要請書

令和　　年　　月　　日

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） | ･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