**福祉教育支援プログラム申請書**

（※注　１プログラムに、１枚の記入をお願いします。）　　　枚中　　　枚目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 |  | |
| 担当者名 |  | |
| 住　所 | 〒１９６－００  昭島市 | |
| 電話／FAX | 電話　０４２（　　　）　　　　　　FAX　０４２（　　　） | |
| Eメール | ＠ | |
| 連絡がとりやい時間帯 |  | |
| 写真撮影  SNS | 写真撮影・取材は　①可　②不可　③後ろ姿のみ可　④その他（　　　　　　　）  社協のSNSへの写真の掲載は　①可　②不可  ③その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 対象 | 学年：　　　　　　　学年人数：　　　　　クラス数：  クラスごと人数：1組：　　　名　　　　2組：　　　　名 | |
| 依頼内容 | 団体名 |  |
| 担当者 |  |
| 実施内容 | プログラム　A　B　C　D　　←番号に〇を付けてください。  詳細形態　番号（　　　　） |
| 実施希望日 | 第1候補　　　月　　　　日　　　　時　　　～　　　時  第2候補　　　月　　　　日　　　　時　　　～　　　時  第3候補　　　月　　　　日　　　　時　　　～　　　時 |
| 支援場所 | 1. 学校　②その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 社協及び当事者との打合せ日等 | 打合せ日 | 月　　　　日　　　　時から |
| 打合せ場所 | ①学校   1. ボランティアセンター希望   ③その他（　　　　　　　） |
| 福祉教育の  ね　ら　い |  |
| その他  （質問など） |  |

　　　　　　送付先：昭島ボランティアセンター

　　　　　　　〒196-0015　昭島市昭和町4－7－1昭島市保健福祉センター２階

　　　　　　　　　TEL０４２-５４４－０３８８　　FAX０４２-５４３－０００３

E－mail　akishima.vc@acsw.or.jp

**福祉教育支援プログラム報告書及び振り返りアンケート**

（※注　１プログラムに、１枚の記入をお願いします。）　　　枚中　　　枚目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 |  | |
| 学年・担任 | 年生　　　　　担任 | |
| 電話 | （　　　　　） | |
| 利用した  プログラム内容 | 団体名 |  |
| 支援内容 | プログラム　A　B　C　D　　←番号に〇を付けてください。  詳細形態　番号（　　　　） |
| 実施日 | 月　　　　日　　　　時～　　　　時 |
| 実施場所 | ①学校　　②その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 内容 |  |
| アンケート | Ｑ：プログラムはいかがでしたか？   1. 満足　②やや満足　③どちらともいえない　④不満   理由：  Ｑ：生徒たちの反応はどうでしたか？   1. 良かった　②普通　　③あまり良くなかった   理由：  Ｑ：時間は？　　　①長い　　②適切　　③短い  Ｑ：福祉教育を実施するにあたり、どのような事前学習を行いましたか（複数回答可）   1. 新聞・図書館等で調べ学習　②生徒同士の話し合い   ➂関連する資料を生徒に配布　④身の回りで今回の福祉教育に関連すること・ものを見つけてもらった　⑤事前学習は行わなかった　⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  Ｑ：また利用したいですか？   1. 利用したい　②検討する　③利用しない 2. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   Ｑ：今後、希望するプログラムはありますか？  Ｑ：その他ご自由にご意見お願いします。 |

　　　　　　　送付先：昭島ボランティアセンター

　　　　　　　〒196-0015　昭島市昭和町4－7－1昭島市保健福祉センター２階

　TEL０４２-５４４－０３８８　FA０４２-５４３－０００3

E－mail　akishima.vc@acsw.or.jp