**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