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○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 ②　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

<table>
<tr><td>学校名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>学年・担任</td><td colspan="2">年生　　担任</td></tr>
<tr><td>電話</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">利用した
プログラム
内容</td><td>団体名</td><td></td></tr>
<tr><td>支援内容</td><td>プログラム　Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　　←番号に○を付けてください。
詳細形態　番号（　　）</td></tr>
<tr><td>実施日</td><td>月　　日　　時～　　時</td></tr>
<tr><td>実施場所</td><td>①学校　　②その他（　　）</td></tr>
<tr><td>内容</td><td></td></tr>
<tr><td>アンケート</td><td>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
③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
③ 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。</td></tr>
</table>

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