キャップハンディ体験学習事業実施申請書

令和　　年　　月　　日

亘理町社会福祉協議会　会長　殿

住　　所
申請団体　名　　称
代表者氏名　　㊞

キャップハンディ体験学習について、実施してくださるよう申請します。

団体名及び代表者氏名	団体名　　代表者氏名 電話番号　　（　　）
参加人数	学年　　年生　　クラス数　　クラス 参加者総数　　名 （　　組　　名、　　組　　名、　　組　　名、　　組　　名）
実施希望日	令和　　年　　月　　日（　　）　午前・午後 ：　～　：
責任者氏名	
目的	※授業を行うねらいや、子ども達にどう感じてもらいたいかなど具体的に記入
各クラスごとの担任の先生の氏名	