平成　　年　　月　　日

新潟市社会福祉協議会
会　長　様

依頼団体名

住　　所

代 表 者

福 祉 体 験 依 頼 書

福祉体験 の目的	
福祉体験 の内容	
日　時	平成　　年　　月　　日　　時　　分 ～　　時　　分
会　場	・新潟市総合福祉会館（引率者代表　　） ・会館以外（　　）
対象人数	学年　　人
その他留意事項	
会館への交通手段	・貸切バス　　・ＪＲ　　・路線バス ・その他（　　）
担当者連絡先	役職　　氏名 電話　　ＦＡＸ

※会場が新潟市総合福祉会館以外で、車いす・白杖・アイマスク等の備品が必要な場合は、別途備品借用申込書　をご提出ください。

事務局記入欄

上記の体験を受け入れてよろしいでしょうか。

対応者　　起案者

起案日：平成　　年　　月　　日				受付日：平成　　年　　月　　日					
経営管理課				地域福祉課					
課長	課長 補佐	総務 係長	総務係 担当	課長	課長 補佐	相談ｾﾝﾀｰ 所長	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｾﾝﾀｰ 所長	在宅介護 相談ｺｰﾅｰ	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ ｾﾝﾀｰ