提出日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 園名 |  | 対象  ・  人数 | 園児　　　　　　　　名  （　　　歳　　　　　　組）  職員　　　　　　　　名  保護者　　　　　　　名 |
| 担当者 |  |
| 連絡先 | TEL  FAX |
| 目　的 |  | | |
| 希望内容 |  | | |
| 希望日時 | 第１希望　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　～　　　：  第２希望　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　～　　　：  第３希望　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　～　　　：  ※車イス体験は、月曜日または水曜日のみになります | | |
| 場　所 |  | | |
| 必要物品 |  | | |
| 謝礼等 | 謝礼や実費等の用意　　□ 可　　□ 不可 | | |
| その他  留意点等 |  | | |

＜問合せ先＞

狛江市市民活動支援センター（こまえくぼ１２３４）

ＴＥＬ　０３－５７６１－５５５６ **／ ＦＡＸ　０３－５７６１－５０３３**

こまえくぼ１２３４ＨＰで、各種プログラムの内容を記載した「体験学習カード」をご覧いただけます＞＞