

福祉教育 実施報告書

事業所名 _____

担当者名 _____

実施日時	年 月 日 (曜日)			:	~	:
参加者数	人	参加者の属性				
内 容 振返り						
事故等はありませんでしたか?	無	・	有	※事故等の内容をご記入ください		

●福祉教材を借りられている場合は、下記の内容をご確認ください。

	数の確認						不具合等	備考 (不具合の内容を教えてください)
白杖	本						無 ・ 有	
アイマスク	枚						無 ・ 有	
	洗濯は済んでいますか?						無 ・ 有	
車いす	台						無 ・ 有	
高齢者疑似体験セット	①	②	③	④	⑤	⑥	無 ・ 有	
	※高齢者疑似体験セット内のファイルの確認票のみを一緒に提出して下さい。							
視聴覚教材	No.						無 ・ 有	

【問合せ・送付先】 大牟田市社会福祉協議会 地域福祉担当
電話 57-2527 FAX 57-2528 (福祉教育担当者)

【社協記入欄】

<input type="checkbox"/> 貸出 <input type="checkbox"/> 講師派遣 <input type="checkbox"/> その他	担当	主任	主査	次長	局長
				/	