

(様式2)

令和 年 月 日

山梨県障害者福祉協会 事務局長 殿

氏名・団体(グループ)名

住 所

代 表 者 名

(TEL ー ー)
(FAX ー ー)

ふれあい創作活動支援指導者派遣・幹旋申請書

次のとおり、ふれあい創作活動支援指導者の派遣・幹旋を申請します。

団 体 名 (グループ・サークル等)			
利 用 者 数	・身体障害者 (障害種別) 人 (障害種別) 人 (障害種別) 人 ・知的障害者 人 ・精神障害者 人	合計 _____ 人	
担 当 者 名		当日に 緊急連絡が できる連絡先	
派遣・幹旋 希 望 日 時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
活動場所名称			
活動場所住所			
活 動 分 野 ※該当する分野の () 内に活動内容を ご記入ください。	①絵 ()	②つくる ()	
	③花 ()	④編む・縫う ()	
	⑤文芸 ()	⑥工芸 ()	
	⑦ダンス・踊り・体操 ()	⑧音楽 ()	
	⑨作法 ()	⑩書道 ()	
活動希望内容 (具体的に)			
備 考 (指導を受ける際、必要と思わ れる事項等がありましたら ご記入下さい。)			