

社会福祉法人大網白里市社会福祉協議会福祉教育推進
に係る職員派遣・ボランティア紹介及び用具貸出要領

1. 目 的

この要領は、社会福祉法人大網白里市社会福祉協議会(以下「本会」という)が福祉教育推進事業を促進するために職員派遣及びボランティア紹介をすることについて定め、また、本会が所有する福祉体験等に必要とする用具(以下「用具」)の貸出に関して必要な事項を定め、福祉教育推進を目的とする。

2. 対 象

福祉教育推進を図ることを目的とし、対象は 次のとおりとする。

- ① ボランティアグループ
- ② 学校等
- ③ 区・自治会
- ④ 福祉関係団体・施設
- ⑤ その他本会会長が適当と認める団体

3. 職員派遣及びボランティア紹介

- (1) 職員派遣及び講師・ボランティア紹介については、別紙1の相談票を原則2か月前まで本会へ提出することとする。
- (2) 職員派遣については、打合せ後に別紙2の申請書を1か月前までに本会まで提出とする。
- (3) 講師・ボランティアの紹介等については、社会福祉協議会が調整後、別紙3の対応・調整結果を本会が団体等へ報告することとする。
- (4) 職員以外の講師の交通手段等は申請者が対応することとする。

4. 貸出用具

用具として貸出するものは別表1のとおりとする。

5. 貸出申込

貸出申込については、別紙4の申請書を実施日の2週間前までに本会に提出をする。

6. 貸出期間

用具の貸出期間は、貸出日から1週間以内とする。ただし、返却の日が土日祝日に当たる時は、その後において、その日に最も近い日を返却日とする。

7. 貸出及び返却

貸出条件は、次のとおりによる。

- ①用具の利用料は無料とする。
- ②用具の引渡し及び返納の場所は、大網白里市社会福祉協議会事務局とする。
- ③搬入搬出は申請者で行うこととする。
- ④申請者の故意又は過失により、破損及び盗難紛失した場合は、申請者が賠償するものとする。
- ⑤用具は申請書に記入の使用者（以下「申請者」という。）以外に転貸してはならないこととする。
- ⑥申請者の用に供する必要がなくなった時は、速やかに返納しなければならないこととする。

8. 管理責任

- (1) 申請者は用具の返却をするまでの間の管理責任を負うものとする。
- (2) 申請者が故意又は過失により用具の破損、分解又は紛失したときは、本会に対し、修復あるいは代価の責務を負うものとする。

9. 貸出停止

本会会長は、団体等が用具を営利行為又は本会の目的に反する使用を行なった場合は、直ちにその団体等への貸出を停止することができる。

10. その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項はその都度協議とする。

附 則

この要領は平成28年4月1日から施行する。

別表1

福祉教育推進事業に係る貸出用具一覧表	
<input type="checkbox"/>	車椅子（講習用） 5台
<input type="checkbox"/>	高齢者疑似体験セット 3セット
<input type="checkbox"/>	高齢者疑似体験セット 4セット（児童用）
<input type="checkbox"/>	体験台 1台（5枚セット）※重い
<input type="checkbox"/>	点字器 48セット
<input type="checkbox"/>	点字器 旧型黒 13セット
<input type="checkbox"/>	点字器 旧型白 7セット
<input type="checkbox"/>	アイマスク（赤） 29枚
<input type="checkbox"/>	アイマスク（その他）20枚
<input type="checkbox"/>	白杖 2本

福祉教育推進事業に係る職員派遣・ボランティア紹介相談票※☑をして下さい。

【相談内容】				<input type="checkbox"/> 職員派遣	<input type="checkbox"/> 講師・ボランティア紹介	<input type="checkbox"/> 福祉体験用セット借用
1. 団体(学校)名						
2. 住所						
3. 連絡先	電話		FAX			
4. 内容(具体的に)	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 障がい者講話 <input type="checkbox"/> 昔遊び <input type="checkbox"/> 車椅子体験 <input type="checkbox"/> アイマスク体験 <input type="checkbox"/> その他					
5. 目的 (何を伝えたいか)						
6. 実施方法						
7. 必要用具	<input type="checkbox"/> 車椅子(講習用) 台 <input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット セット <input type="checkbox"/> " (児童用) セット <input type="checkbox"/> 体験台 台 <input type="checkbox"/> アイマスク 枚		<input type="checkbox"/> 白杖 本 <input type="checkbox"/> 点字器 セット <input type="checkbox"/> その他 ()			
8. 対象者及び人数						
9. 実施希望日時	第1	年 月 日 () 時 分～ 時 分				
	第2	年 月 日 () 時 分～ 時 分				
	第3	年 月 日 () 時 分～ 時 分				
10. 場所	1. 体育館 2. 教室 3その他 ()					

<進め方>

- ①日程調整等を行いますので、相談票を基にご連絡ください。【学校→社会福祉協議会】
- ②相談票を基に調整したのち、講師・ボランティアの連絡先等をお知らせします。
【社会福祉協議会→学校】
- ③職員以外の講師・ボランティアには直接連絡をとり、日程調整や内容の詳細について打ち合わせを行ってください。【学校→講師・ボランティア】
- ⑤依頼の内容に基づき、FAXにて決定内容をお送りします。【社会福祉協議会→学校】
[お願い]

※スケジュール調整のため期間が必要なため、実施日の2か月以上前にご相談願います。

※1度におおよそ50人以上の疑似体験をすることは困難ですので、時間を分けるか、実施方法について相談が必要となりますのでご理解願います。

福祉教育推進事業職員派遣申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
大網白里市社会福祉協議会長 様

【申請者】

団体（学校）名：

代表者名：

⑩

担当者名：

連絡先：

このことについて、下記のとおり福祉教育推進事業（福祉体験学習）を行うため、職員派遣についてご依頼申し上げます。

記

1. 内 容	
2. 目 的	
3. 実 施 日 時	
4. 対象者及び人数	
5. 場 所	

別紙3

福祉教育推進事業 職員派遣・ボランティア紹介等対応・調整結果

団体（学校）名

担当者名： 様

1. 対応結果	<input type="checkbox"/> 職員派遣 <input type="checkbox"/> 講師・ボランティア紹介 <input type="checkbox"/> 福祉体験用セット貸出 <input type="checkbox"/> 調整中 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介 <input type="checkbox"/> 調整できず																				
2. 職員・ボランティア名及び人数																					
3. 内容（具体的に）	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 障がい者講話 <input type="checkbox"/> 昔遊び <input type="checkbox"/> 車椅子体験 <input type="checkbox"/> アイマスク体験 <input type="checkbox"/> その他																				
4. 目的																					
5. 実施方法																					
6. 実施日	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分																				
7. 必要用具	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/>車椅子（講習用）</td> <td>台</td> <td><input type="checkbox"/>白杖</td> <td>本</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>高齢者疑似体験セット</td> <td>セット</td> <td><input type="checkbox"/>点字器</td> <td>セット</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>"（児童用）</td> <td>セット</td> <td><input type="checkbox"/>その他（ ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>体験台</td> <td>台</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>アイマスク</td> <td>枚</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 車椅子（講習用）	台	<input type="checkbox"/> 白杖	本	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット	セット	<input type="checkbox"/> 点字器	セット	<input type="checkbox"/> "（児童用）	セット	<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 体験台	台			<input type="checkbox"/> アイマスク	枚		
<input type="checkbox"/> 車椅子（講習用）	台	<input type="checkbox"/> 白杖	本																		
<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット	セット	<input type="checkbox"/> 点字器	セット																		
<input type="checkbox"/> "（児童用）	セット	<input type="checkbox"/> その他（ ）																			
<input type="checkbox"/> 体験台	台																				
<input type="checkbox"/> アイマスク	枚																				
8. 対象者及び人数																					
9. 場所	1. 体育館 2. 教室 3 その他（ ）																				
10. 打合せ日時・場所等																					
11. 備考																					

社会福祉法人大網白里市社会福祉協議会
 電話：0475-72-1995
 FAX：0475-72-1996

福祉教育推進事業用具申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人大網白里市社会福祉協議会長 様

<申請者>

団体(学校)名 _____

住 所: _____

電 話: _____

担当者名: _____

福祉教育推進事業(福祉教育学習)のため、下記の用具を借用したく申請します。

1. 使用目的
2. 使用日時 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
3. 使用者及び人数
4. 貸出期間 貸出日 令和 年 月 日 時 頃
返却日 令和 年 月 日 時 頃

5. 貸出できる用具

福祉用具	保有数	必要用具	必要数
<input type="checkbox"/> 車椅子(講習用)	5台	<input type="checkbox"/> 車椅子(講習用)	台
<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット	3セット	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット	セット
<input type="checkbox"/> " (児童用)	4セット	<input type="checkbox"/> " (児童用)	セット
<input type="checkbox"/> 体験台 (5枚組)	1台	<input type="checkbox"/> 体験台	台
<input type="checkbox"/> 点字器	48セット	<input type="checkbox"/> 点字器	セット
<input type="checkbox"/> 点字器 旧型黒	13セット	<input type="checkbox"/> 点字器 旧型黒	セット
<input type="checkbox"/> 点字器 旧型白	7セット	<input type="checkbox"/> 点字器 旧型白	セット
<input type="checkbox"/> アイマスク	49枚	<input type="checkbox"/> アイマスク	枚
<input type="checkbox"/> 白杖	2本	<input type="checkbox"/> 白杖	本

①貸出費用は無料です。

②貸出用具を紛失、汚損、破損した場合は至急ご連絡ください。修繕料をいただく場合があります。ご了承ください。

【事務局決裁】

貸出日 日付印	事務局長	確認者	返却日 日付印	事務局長	確認者