**希望調査票**

愛知県 福祉局福祉部 障害福祉課 社会参加推進グループ 行

FAX 052-954-6920　　メール　powerofart@pref.aichi.lg.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 運営法人名事業所・病院名 |  | | |
| 事業所・病院住所 |  | | |
| 担当者所属・氏名 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| メール |  | | |

1　希望内容

希望する項目に○をつけてください。

（両方でも結構です。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 美術 | 希望される分野に優先順位（2つまで）を記入してください（カッコに数字を記入）  （　　）絵画　（　　）陶芸　（　　）書道　（　　）オブジェ |
|  | 音楽 | 出前コンサート |

2　参加希望者数　　　 人

（参加者の主な障害・程度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（年齢構成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3　出前講座を希望される曜日、時間帯があれば記入してください。

美術

|  |  |
| --- | --- |
| 曜日 | 時間帯 |
|  |  |

　音楽

|  |  |
| --- | --- |
| 曜日 | 時間帯 |
|  |  |

● 事業所での表現活動や創作活動の状況や課題等、出前講座への希望等をお聞かせください。