|  |
| --- |
| 令和７年度　インクルーシブ体験ワークショップ　エントリーシート |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | （運営　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設種別 |  |
| 主な障害種別 |  |
| 参加予定人数 | 　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 所在地 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | メールアドレス：　TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：※連絡方法はメールを基本とします　　　　　 |
| 施設の主な活動 |  |
| 地域と連携した活動 |  |
| ＜ワークショップ実施にあたり連携(いっしょに参加)できそうな団体や施設などがあれば＞ |
| ワークショップに期待すること |  |
| 配慮事項など※詳細は事前打ち合わせの際にお聞きします |  |
| 希望ジャンル | □音楽系　　　　　　□ダンス・身体表現系 　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 撮影の可否(市のHP・noteで公開) | □顔出しOK　　　□個人が特定できなければOK　　　□撮影自体NG |
| 実施可能時期※可能な月に○を記入 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 |
|  |  |  |  |  |  |  |