**ハバタケプログラム体験報告書**

様式③

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 学校名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | メールアドレス |
| 受入団体名 |  | 担当者確認欄（事務局で記入します。） |
| 活動日時 | 例）R7年9/15（日）9：30～16：00　　R7年10/13（日）9：30～16：00　　R7年11/17（日）9：00～17：00　　R7年12/14日（土）9：00～17：00 |
| 活動内容（体験活動で行ったことを書いてください） |  |
| 活動を通して得たもの |  |
| 体験前と体験後で変わったこと（見え方や考え方） |  |
| 今後の抱負や進路等について |  |
| 満足度（数字に○） | １　　　２　　　３　　　４　　　５低い├───┼───┼───┼───┤高い |
| 理由 |  |

※振返り実施後、２週間以内にメール等でご提出ください。

連絡先・提出先

社会福祉法人高知県社会福祉協議会　高知県ボランティア・NPOセンター

〒780-8567　高知市朝倉戊375-1　県立ふくし交流プラザ4階

TEL：088-850-9100　　FAX：088-844-3852　E-mail：kvnc@pippikochi.or.jp