愛知教育大学附属特別支援学校での教員の参観・研修　申込用紙（ＦＡＸ送信票）

愛知教育大学附属特別支援学校　特別支援教育コーディネーター　宛

FAX　0564-22-8723

教員の参観・研修に申し込みをします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　属　　先 | 学校・園  所 在 地 | 市  　　　　　　　　　郡 |
| 園　　　名  学　校　名 |  |
| 電 話 番 号  ＦＡＸ番号 | TEL ( ) ―　　　　　 FAX ( ) ― |
| メールアドレス |  |
| 役　職 ・ 氏　名 | |  |
| 参　観 ・ 研　修  希　望　日 | | 第1希望　　令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）  第２希望　　令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）  第３希望　　令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　） |
| 参観したい部 | | 小学部　・　中学部　・　高等部  ※当日，見学したい部に丸をつけてください。 |
| 相　談　内　容  研　修　内　容 | | （　　　）授業参観（希望教科等：　　　　　　　　　　　）  （　　　）給食指導の参観  （　　　）支援ツールの紹介  （　　　）自立活動の様子を参観  （　　　）その他  具体的にお書きください。  ※希望される内容に丸をつけてください。（複数回答可） |