

( ) 中堅教諭等資質向上研修における異校種等研修  
 ( ) 教員の参観・研修

申込用紙 ( F A X 送信票 )

※ 希望する研修に丸をつけてください。

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

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 ( ) ※ 中堅教諭等資質向上研修における異校種等研修の方につきましては、 WEBページに示された日付から希望する日を選んで記入してください。
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 ————— <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;">           具体的にお書きください。         </div> ※ 希望される内容に丸をつけてください。(複数回答可)