

F A X 送信票

「聴覚障害教育研修」参加申込書

鹿児島県立鹿児島聾学校 聴覚障害教育研修担当

聴覚相談センター 担当 早水 美穂 行

F A X 0 9 9 - 2 2 8 - 2 2 1 1

平成29年 月 日 送信者 ()

所属校・園				
住 所				
電話・F A X 番号		電話：	F A X：	
職	ふりがな	担 当 (学部・学年等)	コース 希望	個別相談 希望
	氏 名	子どもの名前 (担当している難聴児等)		
			A B	有 無
			A B	有 無
個別相談の内容 ※ 個別相談 希望者のみ		※ 日ごろの悩み等をできるだけ具体的に御記入ください。		
その他	駐車場の利用	有 無	同乗者	
	講座内容への 質問事項			
	要望・意見等	※ 障害や病気、妊娠等により、配慮や支援を希望する方は、こちらへ御記入ください。		

※ 研修②はコース希望となります。必ず○印を御記入ください。

Aコース：保育を中心

Bコース：教科指導を中心

※ 乗り合わせで来校される場合は、同乗者の名前もご記入ください。(台数把握のため)

※ 個別相談の方は奥に駐車していただくことになります。来校時、駐車場係へお伝えください。

※ 7月6日(木)までに送信してください。このF A X送信票のみ送信してください。

