

# F A X 送 信 票

福島大学附属特別支援学校 鈴木 直樹 宛 FAX：024-546-5480

福島大学発達支援相談室「けやき」

夏季セミナー2019参加申込み用紙（この用紙のみ送付してください。）

令和 年 月 日

所属所名
電話番号
送信者名

※ 担当で複数当てはまる方は、全てにチェックを入れてください。

※ ( ) 内に、担当しているお子さんの学年や年齢等を記入してください。また、特別支援学級担任の方は、その種別を記入してください。

※ 特別支援学校所属の方は、所属学部にご記入ください。

No.	参加者氏名	担 当
1		<input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 小学校教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 中学校教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 高等学校教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 特別支援学校教諭 ( 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 ) <input type="checkbox"/> 保育士 ( ) <input type="checkbox"/> 特別支援教育コーディネーター <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2		<input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 小学校教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 中学校教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 高等学校教諭 ( ) <input type="checkbox"/> 特別支援学校教諭 ( 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 ) <input type="checkbox"/> 保育士 ( ) <input type="checkbox"/> 特別支援教育コーディネーター <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他 ( )