特別支援教育専門性向上公開講座

**生涯にわたる教育的支援**

**お申し込みフォーム**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** | 入力してください。 | | **性別** | 男性　　　　　 女性 |
| **お名前** | 入力してください | | **ご所属** | 入力してください |
| **ご住所** | 〒入力 | | | |
| **連絡先** | **携帯電話** | 入力してください | | |
| **アドレス** | 入力してください | | |
| **駐　車　場　使　用** | | 使用する　　　　　　　　　　　　使用しない | | |
| **参　加　予　定　日** | | 1日目　（11月17日　土曜日） | | |
| 2日目　（11月24日　土曜日） | | |
| **参加費振込状況** | **振　込　日** | 平成　 　年　２９　月　２９　日 | | |
| **振込人名義** | 振込人名 | | |
| ＊「連絡先」欄は天候不順による中止連絡等に必要ですので、必ず両方ご記入ください。  ＊駐車場の案内は、本学ホームページに掲載しますのでご確認ください。また、当日は、現地で学生がご案内します。  ＊複数名の参加費をまとめてお振込みなさる場合は、連絡事項に該当者全員のお名前とお振込みされた金額の合計を  ご記入ください。 | | | | |
| **職　　種** | ※該当するものにチェックをしてください。 | | | |
| 幼稚園教諭　　保育士　　福祉施設・事業所職員　　心理職　　医師　　保健師  PT.　OT.　ST等　　指導主事・管理職　　小学校教諭　 中学校教諭　　高等学校教諭  特別支援学校教諭　　研究職　　学生　　その他 | | | | |
|  | | | | |
| **連絡事項** |  | | | |
| 入力してください。 | | | | |

※お申し込みフォームの個人情報は、本講座のため以外に使用することはありません。