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。