

FAX :03-6276-8985 E-mail :ldkouza@osaka.zaq.jp (すべて、アルファベット小文字)

令和元年度特別支援教育支援員養成講座in大阪受講申込書

私は、下記の講座に申し込みます

- 支援員コース
 学習支援員コース(資格要件:教員免許を所持している方、あるいは児童生徒への学習指導経験のある方)
 補講申込(以前の講座に参加された方)

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日			職業等		
住所	〒				
電話			携帯		
受講可否のお返事を下記あてにお送りします。読み取りやすくご記入ください。					
メールアドレス				FAX番号	
発達障害との関わり	<input type="checkbox"/> 発達障害児・者の保護者	お子さんの年齢・性別	才	男・女	<input type="checkbox"/> その他 ()
親の会との関係	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	所属親の会(会員の場合)		
応募理由					
資格・その他			その他特記事項 (資格、発達障害・特別支援教育等の関わり等)		
<input type="checkbox"/> 教員免許状(幼・小・中・高・養・聾・盲)所持 [免許状の種類を○で囲んでください] <input type="checkbox"/> 保育士証(保母資格)所持 <input type="checkbox"/> 学習支援員(学習指導員)の現職者 <input type="checkbox"/> 特別支援教育支援員(介助員等を含む)の現職者					
「学習支援員コース」希望者で、教員免許状をお持ちの方のみ記入お願いします					
学歴	年	月	(教員免許を取得した学校を記入)		
年	月	職歴 (最新のものから順に、児童生徒への学習指導に関する履歴を記入) (「学習支援員コースのみ記入」)			
	~				
	~				
	~				
	~				

本申込書により入手した個人情報、本講座の運営および調査・研究目的以外には使用いたしません。
 また、お申込された方の同意なしで第三者に提供することはありません。