令和６年度「聴覚障害教育関係職員向け実践研修会」

　　　　　　　　参加申込書（FAX用紙）　　※鑑は必要ありません。

長崎県立ろう学校　　FＡＸ番号　0957-55-5410

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名（勤務先） |  |
| 参加希望者名 |  |
| 役職名 | 特別支援学級・交流学級担任　　コーディネーター支援員　　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号等 |  |
| 連絡がつきやすい時間帯 |  |
| 研修で学びたいこと(複数選択可) | 三つまで〇をつけてください。(　 ) 聞こえにくい子の特性を知りたい( 　) 聞こえにくい子の活動の様子が見たい(　 ) 聞こえにくい子に対するろう学校職員の対応の仕方を見たい(　 ) 聞こえにくい子の接し方で気を付けることを知りたい( 　) 担当している子の対応を知りたい( 　) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 関係する子供 | ※きこえとことばの教室に関係する子が参加する場合は、氏名を書いてください。 |
| 備　考質問事項など自由にお書きください。 |  |

長崎県立ろう学校　高等部主事　平山正敏

ＴＥＬ　０９５７－５５－５４０６

ＦＡＸ　０９５７－５５－５４１０

メールアドレス　kou-se@news.ed.jp