令和7年度｢ 来て 見て 学ぼう ろう学校 ｣参加FAX申込書

＊Web（二次元コード）申込みをされる方は、ＦＡＸは必要ありません。

長崎県立ろう学校　 FAX番号　**0957-55-5410**

 **１申込みされる方は、ご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名(勤務先) | （申込者名:　　　　　　　　） | 所在地 |  |
| 連絡先 | TEL： | FAX： |
| ろう学校来校 | （午前）来て見てろう学校【学校公開】 | 〇で囲んでください。参加　　　　不参加 |
| （午後）学ぼう聴覚障害 【聴覚障害研修会】 | 参加　　　　不参加 |
| 配信視聴**7/9(水)****～8/20(水)** | 学ぼう聴覚障害【聴覚障害研修会】オンデマンド研修「オージオグラムの見方」 | 希望　　　 希望しないご希望の方は､４の手続きもお願いします |

２（午前）来て見てろう学校【学校公開及び学校説明会】参加の方は、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な氏　 　 名 | 所　属（該当のところを○で囲む） | 初回来校者（○） | 補聴器等相談（○ ×） | 教育相談Ⅰ（○ ×） | 寄宿舎見学（○ ×） | 手話通訳（○ ×） |
|  | 幼児児童生徒 ・ 保護者 ・ 職員（年齢・学年・職名：　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | 幼児児童生徒 ・ 保護者 ・ 職員（年齢・学年・職名：　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | 幼児児童生徒 ・ 保護者 ・ 職員（年齢・学年・職名：　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | 幼児児童生徒 ・ 保護者 ・ 職員（年齢・学年・職名：　　　　　） |  |  |  |  |  |
| 補聴器等相談・教育相談Ⅰを希望される方は相談内容をご記入ください。 |

３（午後）学ぼう聴覚障害【聴覚障害研修会】参加の方は、ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名(ふりがな) | 職名を☑してください。□聴覚障害のある子の担任 (子の学年：　　　　年　子の名前：　　　　　　　　　)□コーディネーター　 □保育士 　□保健師 　□その他(　　　　　　　 　　　　)  |
| 情報交換会で知りたい内容をご記入ください。 |
| 教育相談Ⅱ( 〇 × ） | 相談内容をご記入ください。 |

**４　オンデマンド視聴希望の方は、FAXとメールの両方で申込みください。**

※視聴に際して、配信に掲載されるコンテンツの無断撮影、記録保存、他サイトへの転載は、固く禁止します。譲渡共有もご遠慮ください。

メール送信先は以下のとおりです。メールタイトルと内容をご記入ください。

研修会申込アドレスkou-se@news.ed.jp

メールタイトル　　「R7学ぼう聴覚障害」

メール記入内容　㋐氏名 ㋑所属名 ㋒職名 ㋓所属先電話番号

視聴希望者には７月８日(火)までにURLをお知らせいたします。