

受講者ID	
-------	--

教員免許状更新講習に係る受講支援事前相談書

令和 年 月 日

横浜国立大学教員免許状更新講習事務局 殿

教員免許状更新講習の受講にあたり、以下のとおり受講支援について相談します。

ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生		年齢	歳
連絡先	住所 電 話	〒 TEL - -		
	E-mail			
勤務先			職名	
所有する 免許状	教諭 種免許状 ()		教諭 種免許状 ()	
	教諭 種免許状 ()		教諭 種免許状 ()	
	教諭 種免許状 ()		教諭 種免許状 ()	
免許状の修了確認期限・ 有効期間満了の年月日	令和 年 月 日			
受講希望 講 習	領 域	講 習 名		開設日
	必 修			月 日
	選択必修			月 日
	選 択			月 日
				月 日
障害等の 状 況	種 類			
	程度・ 病状等			
	その他			
希望する 支援内容	講 習 受講時			
	修了認定 試験時			
	その他			
勤務先等での状況及び 支援内容等				
参考事項				

- ・ 本人の状況・希望する受講支援内容等について、具体的に記入してください。欄内に記入できない場合は、任意の様式を別紙として添付してください。
- ・ 障害者手帳をお持ちの方は、その写しを添付してください。
- ・ 支援内容を決定するにあたり、医師からの診断書を求める場合があります。
- ・ 対応の詳細については、後日連絡します。
- ・ できる限りの支援をさせていただきますが、支援の内容や設備等の関係で、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。