

# 平成27年度 徳島県立徳島視覚支援学校地域研修会

## 「小学校における視覚障がい理解授業の進め方」 参加申込書

担当：サポート課（長尾）

次のとおり参加を申し込みます。

学校名	
-----	--

参加者氏名・駐車場使用の有無	担当児童生徒について	
(駐車場使用 有 ・ 無 )	年生	(あてはまる項目に○) 通常学級 特別支援学級
(駐車場使用 有 ・ 無 )	年生	(あてはまる項目に○) 通常学級 特別支援学級
(駐車場使用 有 ・ 無 )	年生	(あてはまる項目に○) 通常学級 特別支援学級

情報交換や協議したいこと、又は質問事項を記入してください。

送信先：徳島視覚支援学校 F A X ( 0 8 8 - 6 2 2 - 0 2 8 2 )