

(様式1)

**平成20年度 鹿児島大学免許法認定講習(特別支援学校教員専門性向上事業)申込書**

ふりがな 氏名	⑩	性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日		
本人現住所	〒  携帯電話( ) 電話番号( )		
勤務校	立 学校		
勤務校所在地	〒  電話番号( ) FAX番号( )		
採用年月日	昭和・平成 年 月 日		
教職経験年数	年〔平成20年4月1日現在〕		
有する免許状 (基礎免許状)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教諭 種免許状(教科: ) 年 月 日 取得</li> <li>・ 教諭 種免許状(教科: ) 年 月 日 取得</li> </ul>		

受講希望科目

講習科目	講習期間	受講希望する科目に をしてください。
知的障害者の心理・生理・ 病理	7月30日 ~ 7月31日	
	8月25日 ~ 8月26日	
特別支援教育課程論	7月28日 ~ 7月29日	
	8月21日 ~ 8月22日	
重複障害・LD等の心理・ 生理・病理	7月23日 ~ 7月24日	
	8月27日 ~ 8月28日	

と、と、とは、受講できるのはどちらか一方の日程のみですが、両日程へのお申込は可能です。両日程へお申込をされた場合、人数が定員に満たないほうの日程で受講していただくことになります。

申込者の勤務する学校長の承認

<p>上記の者の受講申込みを承認します。</p> <p>平成 20 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">学校名</p> <p style="text-align: center;">学校長の氏名・職印</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>
---