（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊令和６年度（指導力向上研修コース用）

研修希望調査書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）研修候補者氏名 |  |
| 勤務先・学校名 |  |
|  |  |
| 　　　研修コース応募するコース，研修期間に　〇をつけてください。 | （　 ）指導力向上研修コース |
| ３か月間　・　１か月間 |
| 開　始　時　期研修開始日及び研修期間は，ご希望に沿えないこともありますので，ご了承ください。 | 令和　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで |
| 研修希望校実践実習を希望する学校に　〇をつけてください。 | 　　　実践実習は１校希望する１つの学校に〇をつけてください。（　　）附属視覚特別支援学校（　　）附属聴覚特別支援学校（　　）附属大塚特別支援学校（　　）附属桐が丘特別支援学校（　　）附属久里浜特別支援学校 |
| 希望する研修テーマおよび研修内容 |  |