

## 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 応募するコースを選び ○をつけてください。 希望する研修期間を 右の空欄にご記入ください。	( ) 専門性向上研修コース  (最長1年間～最短6か月間) <研修期間>	( ) 指導力向上研修コース  (最長3か月間～最短1か月間) <研修期間>
	開始時期 令和8年4月1日から 令和 年 月 日まで	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 ○をつけてください。	実践実習は1～2校 希望する学校に○を付けてください。 ( ) 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	実践実習は1校 希望する1つの学校に○を付けてください。 ( ) 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		

\*研修期間・研修希望校は調整を行う場合があります