

滋賀大学長 殿

申請者氏名（本人） _____

滋賀大学教員免許状更新講習における事前相談書

下記のとおり講習時の措置について相談します。

ふりがな			昭和・平成		
氏 名		生年月日	年 月 日生	性別	男・女
住所・連絡先	〒 _____ E-mail (_____)、電話 (_____) _____				
希望する講習	領域名	開講日	希望する講習のコード番号 ① (第1希望)、② (第2希望)、③ (第3希望)		
	必修領域				
	選択必修領域				
	選択領域				
勤務先名称					
勤務先所在地 電話番号	〒 _____ 電話 (_____) _____				

障がいの区分・程度・症状等（差支えない範囲内で具体的に記入してください。） 視覚障害 聴覚障害 音声機能等障害 肢体不自由 病弱 その他（○を付けてください。）
勤務先等での状況・支援内容等
教員免許状更新講習の際に希望する措置事項（具体的に記入してください。） 講習受講時、認定試験受験時、その他

- ※この相談書は、身体の障がいや病気等により、受講上または認定試験受験上特別な措置を希望するためにご使用ください。
- ※対応の詳細については、上記の E-mail または電話でのやり取りにより相談させていただきます。
- ※できる限りの対応をさせていただきますが、支援内容や会場設備等の関係で、希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- ※本学は抽選によって受講講習を決定しますので、希望する講習を必ず受講できるということではありませんので、ご了承ください。