

大阪教育大学長 殿

氏名 _____

受講特別措置相談書

下記のとおり受講特別措置について、相談します。

ふりがな 氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別	男・女
連絡先	住所・電話番号	(〒 -) (TEL - -)	
	E-mail		
勤務先	(TEL - -)		
所有する 教員免許状			
修了確認期限	平成 年 月 日		
希望する講習名	領 域	講 習 名	開設日
	必修領域		/
	選択必修領域		/
	選択領域		/
障がい等の状況	種 類		
	程度・症状等		
	そ の 他		
特別な措置を 希望する事項	講習受講時	※	
	認定試験受験時	※	
	そ の 他	※	
勤務先等での 状況・支援内容等	※		
参考事項			

- この相談書は、身体の障がい又は病気その他の理由で、受講上及び受験上特別な措置を希望する方が相談するために使用するものです。
- ※印欄は具体的に記入してください。欄内に記入できない場合は、別紙(様式随意)として添付してください。
- 障がい(害)者手帳の写し、又は医師の診断書(写しでも可)をお持ちの方は、添付してください。
- 対応の詳細について、後日連絡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、ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。