（様式１）

令和３年度特別支援教育専門研修 研修員候補者推薦一覧

推薦機関等名：

コース名：　　　　　　　　　　　　　　　　　コース

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦順位 | 希望専修プログラム名 | 集合・宿泊研修希望＊ | ふ り が な氏　　 名生 年 月 日 | 性別 | 勤 務 先(担当障害種)  | 職 名 | 教職経験年数(当該障害種担当経験年数) | 備 考 |
| 年齢 |
| １ |  | 第　　期①② |  | 男・女 | (　　　　　　) |  |  年 ヶ月 | □特別な配慮必要 |
| 昭和 　年 月 日平成 | 歳 | ( 年 ヶ月) |
| ２ |  | 第　　期①② |  | 男・女 |  ( ) |  |  年 ヶ月 | □特別な配慮必要 |
| 昭和 　年 月 日平成 | 歳 | ( 年 ヶ月) |

○年齢欄は、令和３年４月１日現在で記入ください。

○研修員候補者は、幼稚園・小学校・中学校・義務教育学校・高等学校・中等教育学校及び特別支援学校並びに教育委員会、特別支援教育センター等において受講しようとする専修プログラム※が対象とする障害のある幼児児童生徒の教育を担当する教職員で、当該障害のある幼児児童生徒の教育に関し指導的立場に立つ者又は今後指導的立場に立つことが期待される者をコース別にご推薦ください。

第二期　知的障害教育コース　知的障害教育専修プログラム

第三期　視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・病弱教育コース

　　　　　①視覚障害教育専修プログラム、②聴覚障害教育専修プログラム、

③肢体不自由教育専修プログラム、④病弱教育専修プログラム

＊集合・宿泊研修希望の記入について

本研修では、来所期間を１週間とし、オンラインを併用して実施することとしています。密を避けるため、２グループに分けて実施しますので、ご希望を次の中から選択し、記入してください。（調整有り）

第二期①10月４日～10月８日、②10月25日～10月29日

第三期①１月24日～１月28日、②２月14日～２月18日

○「備考」欄には、受講する上で特別な配慮を必要とする場合は必ず☑を付してください。

また、特別な配慮を要する内容については、略歴書（様式２）に具体的に記入してください。

（連絡担当者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 | 所属・職名 | 電話・ファクシミリ | ｅ－ｍａｉｌ |
|  |  |  |  |