

## 琉球大学 教員免許状更新講習に係る受講支援事前相談書

平成 年度講習を受講予定

平成 年 月 日

ふりがな 氏名				
連絡先	住所) 〒 —			
	電話番号)			
	E-mail) <small>※パソコンからのメールが受信可能となるよう設定をお願いします。</small>			
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)	男 ・ 女		
修了確認期限	平成 年 月 日			
勤務先	電話番号) 職名)			
所有する 教員免許状	教諭 種免許状 ( ) 教諭 種免許状 ( )			
受講希望講習	領域	講習名	開催日	開催地
	必修		/	
	選択		/	
	選択		/	
	選択		/	
種類	病気 ・ ケガ ・ 妊娠 ・ 障がい ・ その他 ( )			
程度・症状等				
希望する配慮・ 支援内容	講習受講時：			
	修了認定試験時：			
	その他：			
勤務先等での 状況・支援内容等				
その他、参考事項				

※本人の状況・希望する受講支援内容等について、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（様式任意）として添付してください。

※「障害者手帳」をお持ちの方は、その写しを添付してください。

※支援内容を決定するにあたって、医師の診断書を求める場合があります。

※後日、対応の詳細についてご連絡させていただきます。

※できる限りの支援をさせていただきますが、支援の内容や本学の設備等の関係で、ご希望に沿うことができない場合もございますので、予めご了承ください。