【別紙１】

令和６年度 医療的ケア児担当者研修参加申込書

学校名：（　　　　　　　　　　　　学校）

参加者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職　名 | 職員番号 | 氏　名 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

* 添書不要

※ 送付先（E-mail） miki-tomoyuki@edu.pref.shimane.jp

　**〔　締め切り　７月５日（金）　〕**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　島根県教育庁特別支援教育課

　 指導主事　　三 木 智 之