【別紙１】

令和７年度 １３０５　医療的ケア児担当者研修　参加申込書

学校名（　　　　　　　　　　　　　　　学校）

※医療的ケア実施特別支援学校においては、各実施校少なくとも２名はご参加願います。

参加申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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　６月２７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