

校内研修支援問合せ用FAX送信票（高等学校、特別支援学校用）

1 発信者

学校名			
TEL・FAX	TEL :		・FAX :
職・氏名			

2 希望日時

第1希望	月	日 ()	:	~	:
第2希望	月	日 ()	:	~	:
第3希望	月	日 ()	:	~	:
第4希望	月	日 ()	:	~	:

3 研修対象

対 象	どちらかに○をつけてください。 全職員・一部の職員 () 学年、教科など、具体的にお書きください。
予定人数	名

4 希望内容

(1) メニュー例にある内容を希望される場合は、番号を○で囲んでください。

A-1	A-2	A-3	A-4	A-5
B-1	B-2	B-3	B-4	

(2) メニュー例にはない内容を希望される場合や、(1) で選んだ内容の中で、実施に当たって特に希望することがある場合などは、以下の欄に具体的にお書きください。

--