**施 設 見 学 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | 国立特別支援教育総合研究所　総務部総務企画課総務・広報係 |
| E-mail | a-koho@nise.go.jp |
| TEL | ０４６－８３９－６８１０ |
| FAX | ０４６－８３９－６９１８ |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　　　～　　　　　時　　　　分 |
| 申込者 | 所属機関名 |  |
| 属性 | □幼稚園/保育所　　□小学校　　　　 　□中学校 　　□高等学校□特別支援学校　 　□大学/大学院 　□日本人学校□その他教育機関 □教育委員会　　　□教育センター等□医療関係機関　 　□福祉関係機関　 □労働関係機関□保護者　　　　　　　□その他 |
| 役職名 |  |
| 氏名 |  |
| E-mail |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 人数 |  |
| 見学目的 |  |
| 見学内容 | 基本コース所要90分 ※原則事務職員による引率・説明①研究所の概要説明②見学ツアー（発達障害教育推進センター展示室、iライブラリー、スヌーズレンルーム、図書室） |
| ご要望事項【特にご希望があればご記入ください】【基本コースの中で特に（ 　 　　　　 ）について詳しく説明を受けたい】【基本コース以外に（ 　 ）について詳しく説明を受けたい】具体的な内容を以下にご記入ください。（ただし、必ずしもご希望に添えるとは限りませんので、ご了承ください。） |
| 来所方法 | □路線バス　　□借り上げバス　　□自家用車　　□徒歩またはタクシー利用 |
| 備考 |  |

※見学者全員の所属機関名、役職名及び氏名を記入した「見学者名簿」を、別途ご提出ください

**見 学 者 名 簿**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏名 | 所属機関名 | 職名等 |
| 01 |  |  |  |
| 02 |  |  |  |
| 03 |  |  |  |
| 04 |  |  |  |
| 05 |  |  |  |
| 06 |  |  |  |
| 07 |  |  |  |
| 08 |  |  |  |
| 09 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |