

(長院-1)

長期入院児童生徒訪問支援員登録申込書

年 月 日

教育事務所長 様

フリガナ
氏 名

性 別 男・女

次のとおり、病院等への訪問支援員として登録を希望します。

生 年 月 日	年 月 日 (登録時現在 歳)	
連 絡 先	〒 住 所 (自 宅 , 勤 務 先)	
	電 話 (携 帯)	
最近の教員経験 の 状 況	① 勤 務 校 勤 務 期 間 科 担 当 教 科	年 月 日 ~ 年 月 日
	② 勤 務 校 勤 務 期 間 科 担 当 教 科	年 月 日 ~ 年 月 日
	③ 勤 務 校 勤 務 期 間 科 担 当 教 科	年 月 日 ~ 年 月 日
訪 問 可 能 地 域	<input type="checkbox"/> 佐久() <input type="checkbox"/> 上田() <input type="checkbox"/> 諏訪() <input type="checkbox"/> 上伊那() <input type="checkbox"/> 飯伊() <input type="checkbox"/> 木曾() <input type="checkbox"/> 松本() <input type="checkbox"/> 大北() <input type="checkbox"/> 長野() <input type="checkbox"/> 北信() <input type="checkbox"/> 他()	
訪 問 支 援 可 能 日	①毎日 ②特定の曜日 () ③その他 ()	
資 格 免 許		
申 込 理 由		

注) 申込みを受けた教育事務所にあつては、写しを義務教育課までFAX願います。
(FAX 026-235-7494)