

## 障害者理解学習実施報告書

年（      年）      月      日

宇部市障害福祉課長 様

学校名

校長名

以下のとおり、学校における障害者理解学習支援事業に係る学習（研修）を実施しましたので、報告します。

実施日時	年      月      日（      ）      :		～	:
実施場所				
対象者 ※対象を○で囲み 人数を記入	小・中学校		年	名
	高等学校		年	名
	高等専門学校		年	名
	大学(短期大学含む)		年	名
	専門学校		年	名
	保護者			名
	教職員			名
講師名				
学習（研修）内容 及び成果と課題 ※具合的に記入				
講師謝礼金額	円			
事前・事後の 学習活動 ※実施した場合は記 入してください。	内容 (具体的に)			
	消耗品 金額等	品名 金額	数量	円
担当者名・連絡先	担当者名： 連絡先：TEL（                      ） FAX（                      ） E-mail：			

※実施後14日以内に提出してください。

※講師謝礼請求書、消耗品請求書を添付してください。