

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、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。

※消耗品については納品書と請求書を添付してください。