

障害者理解学習実施計画書

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）を計画しましたので、提出します。

実施予定日時	年 月 日（ ） : ~ :		
実施予定場所			
対 象 者 ※対象を○で囲み 予定人数を記入	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（予定）
	教 職 員		名（予定）
学習（研修）の 内容・テーマ			
学習（研修）の ねらい			
講 師 (指導者)	フリ 氏 住 所 連 絡 先	ガ 名 所	
講師謝礼金額	円		
事前・事後の 学習活動 ※実施する場合は記 入してください。	内 容		
	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：		

※実施日の14日前までに提出してください。

※消耗品については見積書を添付してください。