

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

名 称
代表者名

以下のとおり、障害者理解学習支援事業に係る講演会または研修会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	学 校	小 学 校	年 名
		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	
	地 域 事 業 所 及 び 団 体 等	従 業 員 ・ 会 員	名
		家 族	名
一 般 市 民		名	
講 師 名			
講 演 会 ま た は 研 修 会 の 内 容 及 び 成 果 と 課 題 ※具合的に記入			
講 師 謝 礼 金 額	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。