

「平成29年度視覚障害教育研修会」参加申し込み

(FAX用)

FAX送信者		送信日	月 日 ()
--------	--	-----	---------

所属校	ふりがな 参加希望者名	選択講義演習等希望 (15:00~) ※	弁当注文 (540円) お茶は付きません
		①・②・③・④	する・しない
		①・②・③・④	する・しない
		①・②・③・④	する・しない

※選択講義演習等について

- ①「点字について」：点字の概要及び簡単な点字の読み書き
- ②「各種情報機器等の具体的活用」：ロービジョンに対するパソコン操作等の紹介
- ③「視覚障害者のスポーツ体験」：サウンドテーブルテニス等の紹介と体験
- ④「視覚障害教育支援ネットワーク会」：本校視覚障害支援部主催の情報交換会

質問事項等

(見え方・視覚障害に配慮した指導に関する事等ありましたら、具体的にお書きください。)

○FAX送信票は不要です。

○参加申し込みは、7月21日(金)までをお願いいたします。

○窓口：教頭 下田 FAX 095-882-0021