様式２

令和　　年　　月　　日

長崎大学教育学部附属　　学校長　様

申し込む学校（小、中、特別支援）を記入する。

所属名

所属長　職・氏　名

（公印省略）

訪問研修の申込みについて

長崎県公立学校教職員２～５年目研修として、貴校への訪問研修を、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 | 立　　　　　　　　　学校 |
| 受講者の職名・氏名 |  |
| 研修の日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）  ：　　　～　　　： |
| 学校の連絡先 | 電 話　　（　　　　）　　　－  Ｅ-Mail ＠ |
| 通信欄 | |

＜連絡先＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 長崎大学教育学部附属小学校 | 長崎大学教育学部附属中学校 | 長崎大学教育学部附属特別支援学校 |
| ＜問合せ＞  電　話　：０９５－８１９－２２７１  ＜申込み＞  Ｅ-Ｍail：[nagasakifuzoku\_e@ml.nagasaki-u.ac.jp](mailto:nagasakifuzoku_e@ml.nagasaki-u.ac.jp) | ＜問合せ＞  電　話　：０９５－８１９－２２７７  ＜申込み＞  Ｅ-Ｍail：[ngsfuzoku-jhs@giga.edu.nagasaki-u.ac.jp](mailto:ngsfuzoku-jhs@giga.edu.nagasaki-u.ac.jp) | ＜問合せ＞  電　話　：０９５－８４５－５６４６  ＜申込み＞  Ｅ-Ｍail：nagasakifutoku@ml.nagasaki-u.ac.jp |

　※小学校、中学校は主幹教諭、特別支援学校は教頭が窓口です。