

肢体不自由、病弱・身体虚弱特別支援学級学習会参加者事前アンケート

白糠養護学校相談支援部

学校名	
-----	--

○平成30年度 第1回肢体不自由、病弱・身体虚弱特別支援学級交流会に

- 参加します（以下のアンケート全てにお答えください）
 参加しません

お名前（参加者名）	職 名	お弁当希望
		○ ×
		○ ×
		○ ×
		○ ×

【 アンケート 】

1 知りたい情報は何か？
2 今抱えている課題を教えてください。
3 自立活動について疑問に思っていること、知りたいことは何か？
4 何かご相談、ご提案などがありましたらご記入ください。
5 開催日時について、今後の参考のためにお聞かせ下さい。
<input type="checkbox"/> 夏季・冬季休業中が参加しやすい <input type="checkbox"/> 平日が参加しやすい <input type="checkbox"/> いつでも参加できる <input type="checkbox"/> 予定が入っていなければ参加できる <input type="checkbox"/> その他（ ）

*7月13日（金）までに FAX（01547）2-5353にてお願いいたします。（担当：犬養）