

キャリア発達支援研究会第5回 横浜大会 参加エントリーシート

1 基本情報（□は該当する箇所に☑を入れてください。）

フリガナ	
氏名	
所属先名	
所属先 住所	〒
所属先 電話	
職名	
職域	<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 医療（療育） <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> その他（ ）
メールアドレス	@
当研究会 入会状況	<input type="checkbox"/> 平成29年度キャリア発達支援研究会正会員である（年会費納入済） <input type="checkbox"/> 入会していない
該当する方は☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 神奈川県内の教育・医療（療育）・福祉関係者

以下は学校勤務の方のみ入力してください

【特別支援学校勤務の方】

担当の障害種	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当の学部	<input type="checkbox"/> 幼稚部 <input type="checkbox"/> 小学部 <input type="checkbox"/> 中学部 <input type="checkbox"/> 高等部 <input type="checkbox"/> 高等部専攻科 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【小・中・高等学校等勤務の方】

学校種	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当	<input type="checkbox"/> 通常の学級担任 <input type="checkbox"/> 特別支援学級担任（障害種： ） <input type="checkbox"/> 通級指導教室担当（障害種： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）

2 参加される日程について、該当するものに☑を入れてください。

両日とも参加 1日目のみ参加 2日目のみ参加

3 ポスターセッションへのエントリーの希望の有無をお答えください。

希望する 希望しない

↓

希望する場合ご記入ください。

ポスタータイトル： _____

Keywords： _____

4 「テーマ別ディスカッション」で参加を希望するテーマを選んでください。（☑を入れる）

詳しい内容は、「大会申し込みのご案内」に添付の文書を参照してください。

<input type="checkbox"/> A キャリア発達を促す組織経営	<input type="checkbox"/> B キャリア発達支援の視点で振り返るこれまでの取組
<input type="checkbox"/> C 学校（学部）間連携と他機関連携	<input type="checkbox"/> D 社会に開かれた教育課程と地域との協働

↓

選んだテーマについての現状と課題を400字以内で入力してください。

（テーマ別ディスカッションの際の参考として、配布資料に掲載します。）

5 懇親会（1日目）の参加について（先着順・定員150名になり次第、締め切ります。）

懇親会に参加する（懇親会費は当日徴収します） 懇親会に参加しない