県立支援学校天王みどり学園　　**FAX　０１８－８７０－４６１２（担当：新目）**

送信票等は不要です。このまま御送信下さい。（事前・事後とも一週間前後にお願いします）

**障害理解授業実施に当たって（事前用）**

　　　　　　　　　　　記入者名：

１　学校名・学年・組（人数）

　　　　　　　　　　　　　　　　　学校　　　年　　　　組　　　（　　　名）

２　期　日　　　　　年　　月　　日（　）　　　：　　～　　：　　　　　　校時

３　場　所

４　学習について

　　　　　｛　**例**「道徳」「特別活動」（PTA授業参観日・みんなの登校日等）｝

５　その他　　特記事項、要望等

　　　　｛　**例**　・みどり学園に兄弟が在籍、・理解授業に特学児童も参加　｝

**障害理解授業実施に当たって（事後用）**

　　　　　　　　　　　記入者名：

１　学校名・学年・組（人数）

　　　　　　　　　　　　　　　　学校　　　年　　　　組　　　（　　　名）

２　期　日　　　　　年　　月　　日（　）　　　　：　　～　　：　　　　　校時

３　場　所

４　学習について

｛　**例**同上、「道徳」「特別活動」（PTA授業参観日・みんなの登校日等）｝

５　実施状況、要望等

お忙しいところ、御協力ありがとうございました。