

2019 年度

ASIAS(エイジラス)特別支援学級、特別支援学校でのアーティストによるワークショップ型授業

## 実施申込書

[1] ご希望の日程等 (該当する項目にチェックをつけてください)

1. 日数:  2日以内  3日~6日  7日~10日以上  まだ決めていない

2. 時期: \_\_\_\_\_ 月頃~ \_\_\_\_\_ 月頃 ※実施期間は2019年7月頃~2020年2月までです。

[2] ご希望の授業内容をお書きください

[3] ご質問などがあれば、自由にお書きください

学校名	ふりがな
学校・学級種別	<input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援教室(通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 情緒障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> その他( )
児童・生徒数	名( 年生 ~ 年生)
ご担当者氏名	(ふりがな )
連絡先	【TEL】 【FAX】 【E-mail】
学校所在地	〒 住所 最寄駅 _____ 線 _____ 駅より 徒歩 _____ 分 バス _____ 分

ご記入ありがとうございました。追って事務局よりご連絡させていただきます。

**【返信先】 特定非営利活動法人 芸術家と子どもたち 宛**

**FAX:03-5906-5706(送り状は不要です)**

**※2019年6月5日(水)までにお送りいただきますようお願いいたします。**