

(様式1)

TC用

申込日

令和2年

月

日

令和2年度スクールライフサポーター(SLS)派遣事業申込書

※受講者番号 (県教育委員会記入欄)	S
	20 T
	U

ティーチャーズカレッジ(TC) チャレンジコース SLS(TC部門)	派遣希望校種に○			
	小	中	高	特支

写真添付 ・令和2年4月1日以降に撮影 ・縦4cm、横3cm ・上半身、脱帽、正面向き、無背景 ・裏面に氏名、校種を記入	フリガナ		性別	生年月日	取得済/取得見込みの教員免許に○	
	氏名				小	
	大学名 ※卒業生は記入の必要なし	学年	学部・学科		中	
					高	
					特支	

自宅電話番号		e-mail①		@pref.kanagawa.jp のドメインを受信できる アドレスを記入
携帯電話番号		e-mail②		

住所	〒				
----	---	--	--	--	--

通学路 (通勤路)	【自宅】	自宅最寄駅	経由(乗換駅・バス停)	経由(乗換駅・バス停)	大学(勤務地)最寄駅	【大学】 (勤務地)
	手段					計
	時間					分

該当する方に○	今年度、既にSLS(通年)として学校に派遣されていて、TC部門でも同じ学校への派遣を希望する。	→	現在の派遣先学校名を記入 立 学校
	新規の申込み、または、SLS(通年)の派遣先とは異なる学校への派遣を希望する。	→	下の派遣先希望欄(①~③)を記入

①小・中学校への派遣を希望する	派遣希望市町村を記入 (横浜・川崎・相模原市を除く)	第1希望(必須)	市・町・村
		第2希望(任意)	市・町・村

②高等学校への派遣を希望する	派遣希望地区に■ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 横浜北東・川崎地区	<input type="checkbox"/> 横浜南西地区
		<input type="checkbox"/> 横須賀・湘南三浦地区	<input type="checkbox"/> 中・県西地区

③特別支援学校への派遣を希望する	派遣希望地区に■ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 横浜地区	<input type="checkbox"/> 川崎地区	<input type="checkbox"/> 県央・相模原地区
		<input type="checkbox"/> 横須賀・湘南三浦地区	<input type="checkbox"/> 中・県西地区	
取得済/取得中の特別支援学校教員免許の教育領域に■ (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 視覚障害教育	<input type="checkbox"/> 聴覚障害教育	<input type="checkbox"/> 知的障害教育
		<input type="checkbox"/> 肢体不自由教育	<input type="checkbox"/> 病弱教育	

【過去のSLS派遣実績】 なし・( )年度 ( インターンシップ・ボランティア・TC )部門

【教育実習経験/予定】 なし・( )年度に、( )学校にて実施(済・予定)

【その他、派遣にあたり伝えたいこと(つながりのある学校名、派遣に際しての制限等)】

◆記載された個人情報の扱いについて  
申込書に記載された情報は、本事業に係る手続きにのみ使用します。それ以外に使用することはありません。

上記のことに同意して、スクールライフサポーターに申し込みます。

令和2年 月 日 署名