**Ｆａｘ送信票**

（送信日：　　年　　　月　　　日）

**「特別支援学級担任スキルアップ研修」事前アンケート**

**島根県教育センター　教育相談スタッフ**

**特別支援教育セクション　　　　　　　　　　　　あて**

**（Ｆａｘ　０８５２―２２－６７６１）**

＊添書は不要です（この用紙だけ送信してください）

　　　　　　　　学校名（　　　　　　　　）学校・氏名（　　　　　　　　　　　　　）

該当する番号に○を付け、回答欄（　　　　　）に記入してください。

１　担当する特別支援学級の障がい種

　　　　１　弱視　　　　　　　　　　　２　難聴　　　　　　　　　　　３　知的障がい

　　　　４　肢体不自由　　　　　　　　５　病弱・身体虚弱　　　　　　６　自閉症・情緒障がい

２　教員経験年数

　　　　１　　５年未満　　　　　　　　２　　５年～１０年未満

　　　　３　１０年～２０年未満　　　　４　２０年以上

３　特別支援学級担任として特に難しさを感じていることは何ですか。

　　下から３つ選んでください。

　　　　１　教育課程の編成　　　　　　　２　児童生徒の実態把握

　　　　３　学級経営、教室経営　　　　　４　児童生徒と教師のかかわり

　　　　５　学習指導・授業づくり　　　　６　保護者との連携

　　　　７　教室環境、学習環境　　　　　８　障がいの特性の理解

　　　　９　個別の指導計画の作成　　　１０　学習評価

１１　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　演習２の分科会について

　　　　**＊知的障がい特別支援学級以外の学級を担任している方にお聞きします。在籍している児童生徒の状況で１、２のいずれか１つを選択してください。**

　　　　１　Ａ分科会（演習２で生活単元学習や作業学習等の各教科等を合わせた指導の実践を紹介する方）

　　　　２　Ｂ分科会（演習２で自立活動の実践を紹介する方）

　　　　※なお、質問事項でご不明な点があれば、お問い合わせください。（０８５２－２２－５８７０）

**\*お忙しいところ申し訳ありませんが、６月２２日（木）までに送信をお願いします。**