**Ｆａｘ送信票**

（送信日：　　年　　月　　日）

**「小・中学校特別支援学級、通級指導教室新任担当教員研修第Ⅰ回」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　高梨　俊美　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（　　　　）や　　　　　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、通級指導教室

　　　　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

７　院内学級　　　　　　　　　８　通級指導教室

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、通級指導教室担当となって特に不安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　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　学習指導や授業づくりについての課題（困っていること、気になっていること）を具体的にご記入ください。

５　講義Ⅱ、講義Ⅲ、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と通級指導教室の担当の方にお聞きします。**

**在籍している児童生徒の状況で１、２、３のいずれか１つを選択してください。**

　　　　１　Ａ分科会（「○○タイム」など生活単元学習や作業学習等を行っている。）

　　　　２　Ｂ分科会（該当学年の学習内容を指導している。）

　　　　３　Ｃ分科会（通級指導教室）

　　　　※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、４月１９日（木）までに送信をお願いします。**