

一般社団法人日本授業UD学会 入会申込書

*裏面の記入例をご参照ください

申込日		西暦	年	月	日
氏名(漢字)					
氏名(カタカナ)					
氏名(ローマ字)					
性別/生年月日		男	・	女	西暦
		年	月	日	
自宅	郵便番号/都道府県	〒		都・道・府・県	
	市区町村/番地				
	ビル・マンション名部屋番号				
	電話番号	※ 自宅電話番号・携帯電話番号のいずれかは日中に必ず連絡が取れる電話番号をご入力ください。			
勤務先	勤務先	※主なものを1つ入力してください。ない場合は「なし」と入力してください。 ※大学の場合は学部・学科まで、会社等の場合は部・課までご記入ください。			
	職種	* 主なものを1つご記入ください			
メールアドレス					
最終学歴	卒業(修了)年月	西暦	年	月	
	卒業(修了)校名				
	学位(学士・修士等)				
実践・研究歴	実践・研究の主領域	<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 司法			
	実践歴・研究歴等 (主なもの)	※期間・内容等を具体的に記入してください。			
授業UDカレッジ参加歴					
* 参加され、修了証をお持ちの方はご記入ください。					

* 入会の条件をご確認ください。該当する項目に✓を入れてください。

本学会に会員として入会しようとする者の資格は、次のうち一つ以上を満たすことを条件とします。

教科教育・特別支援教育の実践や研究等に携わっている者の中で、通常の学級における授業のユニバーサルデザインに関心をもち、原則として4年制大学卒業以上の学歴を有する者。

短期大学・専門学校卒業の学歴を有し、教育・医療・福祉等の関連領域に従事する者。

* 個人情報の取り扱いについてご同意いただける場合はチェックを入れてください。 同意します

一般社団法人日本授業UD学会 入会申込書 (記入例)

申込日	西暦 2016 年 1 月 31 日
氏名(漢字)	授業 太郎
氏名(カタカナ)	ジュギョウ タロウ
氏名(ローマ字)	JYUGYOU TARO
性別/生年月日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 西暦 1986 年 1 月 30 日
自宅	郵便番号/都道府県 〒102-0074 東京 <input checked="" type="radio"/> 都・道・府・県
	市区町村/番地 千代田区九段南1-5-6
	ビル・マンション名部屋番号 リそな九段ビル5F
	電話番号 00-1234-5678 ※ 自宅電話番号・携帯電話番号のいずれかは日中に必ず連絡が取れる電話番号をご入力ください。
勤務先	勤務先 千代田区立〇〇小学校 ※主なものを1つ入力してください。ない場合は「なし」と入力してください。 ※大学の場合は学部・学科まで、会社等の場合は部・課までご記入ください。
	職種 教諭 * 主なものを1つご記入ください
メールアドレス	Taro1234@gmail.com
最終学歴	卒業(修了)年月 西暦 2008 年 3 月
	卒業(修了)校名 〇〇大学
	学位(学士・修士等) 教育学学士
実践・研究歴	実践・研究の主領域 <input checked="" type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 司法
	実践歴・研究歴等 ● 2008年4月～現在 東京都公立小学校 勤務 ● 算数の授業UDに関心をもって、実践を続けている。 など ※期間・内容等を具体的に記入してください。
授業UDカレッジ参加歴 * 参加され、修了証をお持ちの方はご記入ください。	第1回(2015年9月19日) 国語教育コース 第1回(2015年9月20日) 特別支援教育コース

* 入会の条件をご確認ください。該当する項目に✓を入れてください。

本学会に会員として入会しようとする者の資格は、次のうち一つ以上を満たすことを条件とします。

教科教育・特別支援教育の実践や研究等に携わっている者の中で、通常の学級における授業のユニバーサルデザインに関心を持ち、原則として4年制大学卒業以上の学歴を有する者。

短期大学・専門学校卒業の学歴を有し、教育・医療・福祉等の関連領域に従事する者。

* 個人情報の取り扱いについてご同意いただける場合はチェックを入れてください。 同意します