

自閉症スケジュール普及プログラム 2018 参加申込書

株式会社古林療育技術研究所 御中

私は、募集要項に記載された趣旨を理解し、本プログラムに参加します。私は、自閉症の児童生徒に対する「スケジュールと視覚支援」の実践とその公表に努力します。実践内容の公表の際は、第三者の権利と成果を尊重するとともに、盗用や虚偽の報告は行いません。貴社から譲渡された製品については、転売や私的流用を行わないことを約束します。また、実践内容の公表は本プログラムの義務ではないことを理解しており、教職員の適正な勤務と児童生徒の安全を最優先します。

提供製品： コバリテ視覚支援スクールキット（無料提供）

協力内容： ①使用開始3ヶ月後のアンケート回答

②使用開始1年以内での実践内容の学会発表・雑誌寄稿

記入日	年 月 日
申込者名(漢字)	
申込者名(フリガナ)	
メールアドレス	
公表を目標とする 学会名または雑誌名	(例:〇〇学会□□大会、〇〇出版□□誌)
学校名	
学校住所	〒
学校電話番号	
学校長の署名	

申込書送付先

〒225-0011 横浜市青葉区あざみ野 4-16-1

株式会社古林療育技術研究所

お問い合わせ:

株式会社古林療育技術研究所（担当:古林）

TEL: 045-903-0885、メール:info@kobarite.co.jp

<https://www.kobarite.co.jp/>