

（表）

特別支援学校教諭免許状領域追加申請書

免許状の種類	特別支援学校教諭 専修 1種 2種 免許状	追加を申請する領域 ※該当するものに○をつける。	視覚障害者
			聴覚障害者
			知的障害者
			し 肢体不自由者
			病弱者
(フリガナ)		本籍地	年 月 日生
氏 名			
旧 姓 通 称 名			
※ 旧姓及び通称名は、免許状に記載がある場合のみ記入			
私は、関係書類を添付の上、上記新教育領域の追加の定めを受けることを申請します。			
年 月 日			
住 所			
申 請 者 氏 名		(電話番号)	(メールアドレス)
勤 務 先		(電話番号)	
(上記以外にある場合) 東京都教育委員会 殿			

※以下、東京都教育委員会記入欄

戸籍謄本等確認	年 月 日	長確認	受付	審査	
住民票の写し等確認	年 月 日	長確認			
適用規定	免許法第5条の2第3項 教育職員免許法施行規則第7条第1項第 号				
追加の定めを受ける免許	年 月 日 東京都教育委員会		領域追加年月日		
	教諭 専修・1種・2種 (領域)		〔 視覚・聴覚 知的・肢体・病弱 〕		
	本籍地	氏名			
	都・道 府・県				
	旧姓	通称名			
実務	において として 年以上、良好な成績で勤務				
修得単位	第2欄				
	視覚	聴覚	知的	肢体	病弱
	第3欄				
					受 領

(裏)

履 歴 書

年 月 日	学歴・職歴及び賞罰の有無(教育職員検定により申請する場合は、記載のこと。)
・ ・	立 高等学校 卒業
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
賞罰の有無(○で囲む)	賞 罰 無 ・ 有()

(表)

新しく追加する領域を選択

特別支援学校教諭免許状領域追加申請書

免許状の種類	特別支援学校教諭 専修 1種 2種 免許状	追加を申請する領域 ※該当するものに○をつける。	<input type="radio"/> 視覚障害者
			<input type="radio"/> 聴覚障害者
			<input type="radio"/> 知的障害者
			<input type="radio"/> 肢体不自由者
			<input type="radio"/> 病弱者

(フリガナ) メンキョ タロウ	本籍地	昭和40年 8月 17日生
氏名 免許 太郎	埼玉 都・道府・県	

旧姓 通称名

※ 旧姓及び通称名は、免許状に記載がある場合のみ記入

私は、関係書類を添付の上、上記新教育領域の追加の定めを受けることを申請します。

令和4年 7月 1日

住所 **東京都新宿区西新宿二丁目8番1号**

申請者氏名 **免許 太郎** (電話番号 **080-0000-0000**)
(メールアドレス **○×△□@○×△□.co.jp**)

勤務先 **東京都立世田谷特別支援学校** (電話番号 **03-0000-0000**)

日付は、申請書送付日の日付を記載してください。

戸籍謄本等確認	年 月 日	長確認	受付	審査	
住民票の写し等確認	年 月 日	長確認			
適用規定	免許法第5条の2第3項 教育職員免許法施行規則第7条第1項第 号				
追加の定めを受ける免許	年 月 日 東京都教育委員会 教諭 専修・1種・2種 (領域) (視覚・聴覚 知的・肢体・病弱)			領域追加年月日	
	本籍地	氏名			
	都・道府・県				
	旧姓	通称名			
実務	において として 年以上、良好な成績で勤務				
修得単位	第2欄				第3欄
	視覚	聴覚	知的	肢体 病弱	
					受領

