

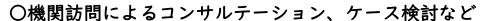
# 研修(講師派遣、訪問コンサル)行います! ぜひ、ご活用ください。

#### 【研修内容(例)】

- ○発達障がい(自閉スペクトラム症、ADHD、学習症など)の特性の理解について
  - ・特性のある方の感じ方、捉え方のちがいについて(疑似体験等)

#### ○支援について

- ・園や学校、職場での支援について
- ・障がい特性に配慮した環境設定について
- ・評価(アセスメント)について
- ・家族支援(ペアレントプログラムなど)について
- わるつについて(支援内容や利用方法など)



- ・支援現場での行動観察や支援に関する助言、情報提供
- ・個別のケース会議、検討会等への参加

#### ○支援者の個別相談

- ・対象児、者への理解、支援について
- ・支援現場(学校、職場など)の環境設定について

#### 【これまでの主な派遣先・対象】

- ・保育園、認定こども園(園内研修、保護者会)
- ·教育機関(幼·小·中·高:校内研修、PTA、保護者懇談会)
- ・行政(市町村役所、民生・児童委員、保健センター、 市民向け講座、福祉・人権啓発イベント)
- ·福祉施設

(児童発達支援、放課後等デイ、就労支援、相談支援)

・企業、各種団体(社協、青年会議所、親の会)

#### 研修内容は、

ご依頼に応じて調整致します。

裏面の申込書にご記入のうえ、

FAX・メールでお送りください。

ご利用に関する費用は無料です。

など

#### 【お問い合わせ先】

# 熊本県南部発達障がい者支援センターわるつ



TEL:0965-62-8839/FAX:0965-32-8951/MAIL:wa-roots@seiryu-hikawa.com

〒866-0811 熊本県八代市西片町 1660 (熊本県八代総合庁舎 2 階)

開所時間:月~金 9:00~18:00(国民の祝日・年末年始(12/29~1/3)はお休みです)



### 熊本県南部発達障がい者支援センターわるつ 宛

FAX: 0965-32-8951 / MAIL: wa-roots@seiryu-hikawa.com

## 研修 (講師派遣) 申込書

送信日: 年 月 日( )

主催機関(団体)名										
担当者名	ふりがな									
連絡先	住所:〒									
	電話:				FAX:					
	Eメール:									
希望日時	第   希望:	年	月	日	(	)	:	~	:	
	第2希望:	年	月	日	(	)	:	~	:	
	第3希望:	年	月	日	(	)	:	~	:	
依頼内容	✓を入れてくだ	(内容詳細) ※研修テーマ、会議の目的等をご記入						ご記入く	ださい。	
	□研修・講義									
	口訪問コンサ	レ								
	□会議等参加									
	口その他	7 IV 8875 9		Г 4n						
対象者	※「支援者(所属機関種別)」「保護者」「一般」など 						参加	人数		名
会場名							·			
備考	※ご質問、ご要望等をご記入ください。									

※申込書送信日から | 週間以内に当センターからご希望内容の確認のご連絡をさせて頂きます。 連絡がない場合は、申込書未着の可能性がありますので、

申込書を再度ご送信いただくか、またはお電話でお問い合わせください。