



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
- ・わるっについて(支援内容や利用方法など)



○機関訪問によるコンサルテーション、ケース検討など

- ・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)

など

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。



【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っ

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)

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1希望：	年 月 日（ ）	: ~ :
	第2希望：	年 月 日（ ）	: ~ :
	第3希望：	年 月 日（ ）	: ~ :
依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	(内容詳細) ※研修テーマ、会議の目的等をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 研修・講義 <input type="checkbox"/> 訪問コンサル <input type="checkbox"/> 会議等参加 <input type="checkbox"/> その他		
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1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いただきます。
 連絡がない場合は、申込書未着の可能性がございますので、
 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。