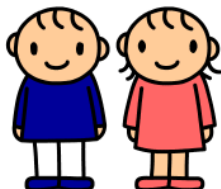


* 今回の募集は、幼児期、学齢期のお子さんに限らせていただきます。また今回、通常学級在籍のお子さんは該当しませんので、申し訳ありませんが御了承ください。

TEACCHトレーニングセミナー 幼児期・学齢期協力児募集！！



TEACCHトレーニングセミナー実行委員会

(静岡県自閉症協会清水地区)

担当：篠原

連絡先：FAX 054-336-6533

Eメール sp6e94h9@juno.ocn.ne.jp

静岡県自閉症協会では静岡県発達障害者支援センターの協力を得て、自閉症児者支援において日本の第一線でご活躍の講師をお招きし、TEACCHトレーニングセミナーを開催いたします。このセミナーは、静岡県在住または勤務している支援者に、自閉症児者支援について系統的に学んでもらうプログラムになっています。

内容は2日間集中・少人数制で、支援者は、自閉症の理解と評価、支援方法についての基礎的な講義を受けたり、実際に幼児期・学齢期・青年成人期の自閉症の方にご協力いただき、実習・実践を行ったりして、実践的な力を養うように組まれています。

この支援者養成の意図に賛同し、「是非うちの子を、このトレーニングの協力児として、支援者に学んでほしい」と思っていただけでしたら、別紙申込用紙で協力児にご応募ください。積極的なご応募をお待ちしています！

* 支援者が学ぶための協力児としての参加です。ここで何かを身につけさせたいという療育の機会としての期待には応じられません。ご了承ください。

招聘講師 諏訪利明氏（海老名市立わかば学園園長）
安倍陽子氏（横浜市東部療育センター臨床心理士）
中山清司氏（自閉症eサービス代表）

招聘講師の先生
方の書かれた本
です。



* 今回の募集は、幼児期、学齢期のお子さんに限らせていただきます。また今回、通常学級在籍のお子さんは該当しませんので、申し訳ありませんが御了承ください。

TEACCHトレーニングセミナー 協力児応募用紙

FAX 054-336-6533 しめきり 10月11日

(よみがな) お子さんの氏名	(男・女)
(よみがな) 保護者氏名	
連絡先住所	
電話番号	
Eメールアドレス	
お子さんの生年月日	(歳)

* 以下の質問項目にお答えください。選択肢のある項目は○をつけてください。

1 お子さんの 所属園、学校名	() 年 保育士加配(ある・ない)(知的・情緒)学級・特別支援学校
2 療育手帳の 有無	ある()・ない
3 TEACCH を聞いたことが ありますか	ことばを聞いたことがある・講演を聞いたことがある 本を読んだことがある・療育を受けたことがある・実践している まったく知らない・その他()
4 コミュニケー ション手段 (複数回答OK)	ことば・指差し・ジェスチャー・実物・写真・絵・文字・発声 その他()
5 療育の経験は ありますか	ある(内容)・ない
* 宿泊希望 (遠方の方)	ある ・ ない * ご協力いただく時間は1日目午前9時半から午後2時半、2日 目午前9時45分から午後4時(早まる可能性あり)です。

* 今回の募集は、幼児期、学齢期のお子さんに限らせていただきます。また今回、通常学級在籍のお子さんは該当しませんので、申し訳ありませんが御了承ください。