

申し込み用紙 (下記記入例をご参照ください)

2019年度 地域サポーター研修会

(兼ペアレントメンター研修会)

所属[]	Tel[]
職種[フリガナ]氏名[]

参加希望に○	時期	題目	会場	講師・所属
	第1回 7月27日(土) 9:30~12:30	発達障害総論	静岡県男女共同参画 センター「あざれあ」 2階 大会議室	吉川 徹先生 日本ペアレントメンター研究会 副理事長
	第2回 9月14日(土) 9:30~12:30	・ペアレントメンターガイドライ ン ・ペアレントメンター活動の実際	グランシップ9階 904会議室	杉本美穂 静岡市発達障害者支援センター ペアレントメンター(予定) 地域サポーター(予定)
	第3回 9月14日(土) 13:30~16:30	面接の実際~傾聴と共感~ ※ロールプレイを行います		江口 寧子氏 日本自閉症協会理事
	第4回 10月8日(火) 13:00~16:00	家族支援のためのストレスマネ ジメント講座①	静岡医療福祉センタ ー4階 研修所	高山恵子氏 NPO えじそんくらぶ
	第5回 10月29日(火) 13:00~16:00	家族支援のためのストレスマネ ジメント講座②	静岡医療福祉センタ ー4階 研修所	高山恵子氏 NPO えじそんくらぶ
	第6回 12月3日(火) 13:00~16:00	家族支援のためのストレスマネ ジメント講座③	静岡医療福祉センタ ー4階 研修所	高山恵子氏 NPO えじそんくらぶ

記入例

①

参加を希望される回に○印をお願い
します。

所属[②]	Tel[]
職種[フリガナ 氏名[]

参加希望に○

所属と職種をご記入ください。

例：医療関係者(医師・看護師・SW・OT・ST・PT等)・心理士・保健師・保育教諭・
保育士・教育関係者(幼稚園教諭・特別支援教育センター・幼児ことばの教室担当・発
達通級指導教室担当・言語通級指導教室担当・特別支援学校教員・コーディネーター・
特別支援学級教員・特別支援教育支援員等)・児童発達支援職員・放課後等デイサービ
ス職員・三障害相談事業所職員・児童相談所職員・青少年相談センター職員・児童ク
ラブ指導員・他

①と②の□の太枠にご記入願います。

参加を希望される方は、申し込み用紙に必要事項を記載の上、事前に fax、郵送、直接のお
持ち込みにて申し込みをお済ませください。(※ 電話はお問い合わせのみで願います)

お問い合わせ先 静岡市発達障害者支援センター「きらり」

〒422-8006 駿河区曲金5-3-30

Tel: 285-1124 / Fax: 285-1125

担当 / 杉本 福田