

子どもの自信を育てる関わり方

(静岡市発達障害者支援センター「きらり」研修会)

<日時場所> 平成30年9月22日(土) 13:30~16:00
(受付 13:00~)

静岡医療福祉センター4階 研修所(静岡市駿河区曲金5丁目3番30号)

<講師> 静岡医療福祉センター児童部療育相談員・保育士 塚越 和子 氏

<対象> ①発達に凸凹を抱える幼児~小学生の子どもを養育している保護者

②発達に凸凹を抱える幼児~小学生までの子どもの支援者

<参加費> 無料

<申込み> 要予約 (定員80名)

※当日受付はしていません。事前にお申し込みください。

<申込方法> 当センターに①直接、本申込用紙をお持ちいただくか

②FAX

③郵送

④電話にてお申し込みください。(※メールでは受付していません)

<申込の完了> 定員を超えた場合のみ、当センターからご連絡をさせていただきます。

<備考> 公共交通機関をご利用ください。

申し訳ありませんが、託児をご用意していません。ご了承ください。

〒422-8006 静岡市駿河区曲金5丁目3番30号 静岡市発達障害者支援センター「きらり」

URL <http://www.shssc.jp/> TEL 054-285-1124 FAX 054-285-1125

キリトリ線

子どもの自信を育てる関わり方(H30/9/22)申込用紙

静岡市発達障害者支援センター「きらり」研修会

| | | | | |
|----------------|--|----|----|-------|
| A. 参加者氏名 | ふりがな | | | |
| | | | | |
| B1.ご家族の方 | おこさん等の所属 | 年齢 | 学年 | 参加者続柄 |
| | 未就園 こども園 幼稚園 保育園 小学校 中学校 高等学校 その他() | | | |
| B2.支援機関の方 | 勤務先名 | 職種 | | |
| | | | | |
| C. ご連絡先(電話番号等) | ご自宅・携帯・勤務先・その他 | | | |

※なお、ここで知り得た個人情報は、目的の範囲内のみで利用します。また、承諾なく第三者に開示・提供することはありません。

・ご記入いただいた個人情報は、本講座に関する受講申込みの受け付け、参加可否の結果通知、講座の運営に使用させていただきます。

・本申込み書の提出をもって、上記に同意したものとします。