**自閉症支援のための３DAYセミナー（オンライン）**

**募集要項**

このセミナーは、北海道内（特に道南･道央地域）を中心とした発達障害児者の支援に携わる方のリーダーを養成することを目的に開催いたします。

１　研修内容

* オンライン（Zoom）にて、講義＋演習（グループワーク）を行います。
* 演習では、モデルとなる自閉症当事者の方の動画を見ながら、グループごとにアセスメントを行い、支援を検討します。（※モデルは、知的に遅れのある成人の方を予定しています。）

２　開催日時

　　**令和3年8月24日（火）～8月26日（木）**

3　場所

　　**オンライン**

※　研修はZoom（オンラインミーティングアプリ）を使用して行います。また、演習の際にはJamboard（デジタルホワイトボードアプリ）を使用し、グループワークを行います。

**★　演習等の実施の都合により、原則として、受講者1名につき1端末で受講して下さい。**

**★　インターネット環境及び、関連設備（PC、WEBカメラ、マイク等）は各自でご用意ください。**

**★　Zoom及びJamboardの使用方法等に関しては、事前にガイダンス日を設けます。（受講決定の際に別途ご案内い**

**たします。）**

4　受講対象者・受講条件

このセミナーの運営上、募集人数が**20名**（内、一般募集6名、社会福祉法人侑愛会職員14名）に限定されますので、受講条件を自閉症支援についての基本的な知識をお持ちの方とさせていただきます。なお、申し込み多数の場合は選考となります。

【受講条件】

1. **自閉症児者の支援、指導にかかわる職に就いている方。（北海道、特に道南･道央地域優先）**
2. **３日間全日、全講座を受講できる方。**

**※8/24（火）の一般公開講座も含め、3日間の全日程を受講できる方とさせていただきます。**

**※申込後の選考により受講できなかった場合も､1日目の一般公開講座への受講は可能です。**

**3． パソコンを使用し、安定したインターネット環境で参加可能な方。（スマートフォン不可）**

**4. ZOOM及びJamboardの使用方法等に関しての事前ガイダンス（8月5日予定）に参加できる方。**

5　受講料

　　**8,000円**

* 受講料は銀行振込とさせていただきます。振込手数料は各自ご負担ください。
* 振込受領証を持って領収書に代えさせていただきます。ご了承ください。

6　申込方法

**４月15日(木)～5月31日（月）**までに、下記用紙にご記入の上、事務局宛にお申込み下さい。

|  |
| --- |
| 1. **『自閉症支援のための３DAYセミナー受講申込用紙』**
2. **『自閉症支援のための３DAYセミナー受講希望者事前アンケート』**
 |

7　選考について

　　選考基準等については非公開です。下記項目やその他の内容から選考させていただきます。

　　・募集人数20名中、一般募集6名、社会福祉法人侑愛会職員14名。（多少前後する場合がございます。）

　　・本セミナーで学び得たことを、職場及び地域で実践・普及・啓発していただける方。（受講後の実践報告会（任意）もございます。）

　　・北海道内（特に道南･道央地域）を優先させて頂きますが、その他地域の方もお申込み頂けます。

　　※　審査結果については、**6月12日（土）**までに、直接事務局よりご連絡をさせていただきます。

※　審査理由、選考理由等については、ご返答・開示できませんのでご了承ください。

**【　問い合わせ先　】**

**【事務局】　発達障害者支援センター あおいそら（担当：塩原）**

**TEL　0138-46-0851　／　FAX　0138-46-0857**

 **E-mail　aoisora@yuai.jp**

**2021年 社会福祉法人侑愛会**

**～オンライン～ 自閉症支援のための３DAYセミナー**

**受講申込用紙**

主　催　社会福祉法人 侑愛会

共　催　発達障害者支援センターあおいそら・TEACCHプログラム研究会北海道支部・北海道自閉症協会道南分会

**（申し込み開始は、４月15日からです）**

（必要事項をご記入の上、**5月31日までに**郵送または、メール・FAXで事務局までご連絡下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 名　前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 勤務先名 |  | 職種 |  |
| 勤続年数 |  | 自閉症支援の経験年数 |  |
| 現在支援している対象児者の年齢 | ※該当するところを○で囲んでください【複数可】**幼児期　・　学齢期　・　青年　・　成人**（就学前） 　　　 （小学生）　　　　（中・高校生）　 　（19歳以上） |
| 取得・または保有資格 |  |
| 勤務先所在地 | 〒　　　－ |
| 電話 |  | FAX |  |
| 自宅住所 | 〒　　　－ |
| 電話 |  | FAX |  |
| Eメール | **＊こちらからの返信の添付資料が確認できるアドレスをご記入ください** |
| ※審査の結果、受講不可となった場合、1日目の一般公開講座のみの受講を希望しますか？**一般公開のみでも参加する　　　・　　一般公開のみの場合は参加しない** |
| 自閉症支援に関する他の研修会等の受講歴 |  |
| **『自閉症支援のための３DAYセミナー』**の受講を希望する理由についてご記入ください |
|  |
| 『**自閉症支援のための３DAYセミナー**』受講後、学んだことをどのように活用したいと思われているかご記入ください。 |
|  |

**自閉症支援のための３DAYセミナー**

**受講希望者事前アンケート2021.５**

|  |  |
| --- | --- |
| **質問内容** | **※あてはまるところに○を付けてください。**１⇒理解していない　　２⇒少し理解している３⇒理解している　　　４⇒十分理解している【メモ】：特記事項等あればご記入ください。 |
| 自閉症の特性に対する理解 | １　　　２　　　３　　　４【メモ】： |
| アセスメントに対する理解 | １　　　２　　　３　　　４【メモ】： |
| 一人ひとりに合った支援・指導に対する理解 | １　　　２　　　３　　　４【メモ】： |
| 構造化された支援・指導に対する理解 | １　　　２　　　３　　　４【メモ】： |
| 自立に対する理解 | １　　　２　　　３　　　４【メモ】： |
| 保護者や地域の他機関との連携・協働に対する理解 | １　　　２　　　３　　　４【メモ】： |
| 現在、自閉症児者の人に対して、職場または地域で支援・指導する際に感じている困難さについてご記入ください。 |
| 現在、自閉症児者の人に対して、職場または地域で支援・指導する際に感じている良さについてご記入ください。 |