**2022年社会福祉法人侑愛会**

**自閉症支援のための４DAYワークショップ**

**受講申込について**

本セミナーへお申し込みをいただき誠にありがとうございます。

**４月20日(金)～6月18日（土）(着)**までに、下記用紙にご記入の上、事務局宛に申し込み下さい。

|  |
| --- |
| 1. **『自閉症支援のための４DAYワークショップ受講申し込み』**
2. **『自閉症支援のための４DAYワークショップ受講希望者　事前アンケート』**
 |

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。

このセミナーの運営上、募集人数が24名（内、一般募集8名、社会福祉法人侑愛会職員16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.　4日間全日、全講座を受講できる方。

※9/6（火）の一般公開講座も含め、4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． 新型コロナウィルスワクチンを2回接種済みの方。

　　※当日までの間に3回目の接種を推奨いたします。

　　 ※何らかの事情でワクチン接種が出来ない場合は、研修開始前1週間以内のPCR検査または抗原検査で陰性であることをご確認ください。

【プログラムについて】

　■日　時：**2022年9月6日（火）～9月9日（金）**

　■会　場：北斗市総合文化センターかなでーる (北海道北斗市中野通2丁目13番地1号）

　■受講料：55,000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。

　■定　員：24名（内訳：一般募集8名　社会福祉法人侑愛会職員16名　※多少前後する場合がございます）

　■プログラム：※予定の時間は、断りなく調整される場合がありますので、ご了承ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9月6日（火） | 9:30～12:40 | 一般公開講座「自閉症スペクトラムの特性と支援の基本」 |
| 13:30～17:40 | 講義・実技トレーニング「自閉症の特性」「アセスメント」 |
| 9月 7日（水） | 9:30～16:00 | 講義・実技トレーニング「自立支援と生活場面の構造化」 |
| 9月 8日（木） | 9:30～15:45 | 講義・実技トレーニング「コミュニケーション」 |
| 9月 9日（金） | 9:30～17:30 | 講義・実技トレーニング「余暇と社会性」／講義「まとめ」 |

【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24名中、一般募集8名、社会福祉法人侑愛会職員16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。

　　・その他

　　※　審査結果については、6月30日（木）までに、直接事務局よりご連絡をさせていただきます。

|  |
| --- |
| ５日間の全課程を受講された方には修了証をお渡しいたします。発達障害児者の支援充実に向けて、発達障害者支援センターと協働くださるとともに、所属する団体や地域における発達障害児者支援のリーダーとしてご活躍されることを祈念いたします。 |

※　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。

**【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**

**2022年 社会福祉法人侑愛会**

**自閉症支援のための４DAYワークショップ**

**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20日からです）**

（必要事項をご記入の上、**6月18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** |
| 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４DAYワークショップ**』を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４DAYワークショップ**』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４DAYワークショップ**

**受講希望者事前アンケート2022.6**

|  |  |
| --- | --- |
| **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。 |