**社会福祉法人侑愛会**

**2024年自閉症支援のためのスタートアップワークショップ３日間コース**

**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１日(月)～5月31日（金）(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スタートアップワークショップ３日間コース受講申し込み』** 2. **『自閉症支援のためのスタートアップワークショップ３日間コース受講希望者　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20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。

2.　8月31日（土）に事前開催される公開講座及び、9月3日（火）～9月5日（木）の3日間、全4日間受講できる方。　※申込後の選考により受講できなかった場合も､一般公開講座への受講は可能です。

３．研修期間中の基本的な感染予防対策（検温、手指消毒、マスク着用等）にご協力いただける方。

【感染予防対策について】

　※消毒・換気等、十分な感染予防対策を実施の上、開催を致します。

　※状況によって、追加の感染予防対策を実施する場合がございます。

▶**3日間コース**

　■日　時：2024年9月3日（火）～9月5日（木**）**

　■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：20名（内訳：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）

　■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

　　　　　　　　※感染症の流行状況によっては、内容を一部変更する可能性がございます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9月3日（火） | 9:00～9:30 | オリエンテーション |
| 9:30～12:00 | クラスルームのセットアップ／講義「アセスメント」 |
| 13:00～16:30 | 実技トレーニング |
| 9月4日（水） | 9:30～18:00 | 実技トレーニング／講義「課題分析」 |
| 9月5日（木） | 9:30～18:00 | 実技トレーニング／講義「明日への支援に向けて」 |

※本ワークショップは、TEACCH自閉症プログラムの正式な認定コースではありません。

またTEACCH自閉症プログラムのスタッフは講師として参加いたしません。

**▶公開講座**

※本セミナーの基礎となる講演は一般公開として開催いたします。

３日間コース受講生は参加を必須といたします。

※３日間コースの受講生は公開講座の費用はかかりません。

■日　時：2024年8月31日（土）

■会　場：オンライン（Zoom使用）

■受講料：３日間コースの受講料に含まれます

■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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9：00 | 20分 | 受付開始 |
| 9：20 | 10分 | 開会・挨拶 |
| 9：30 | 90分 | 講義Ⅰ「自閉症の特性」 |
| 11：00 | 10分 | 休憩 |
| 11：10 | 90分 | 講義Ⅱ「構造化」 |
| 12：40 |  | 閉会 |

【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。

　　・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10日（月）までに、直接事務局よりご連絡をさせていただきます。

|  |
| --- |
| 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：堀）**

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

**E-mail　aoisora@yuai.jp**

**2024年 社会福祉法人侑愛会**

**自閉症支援のためのスタートアップワークショップ**

**3日間コース**

**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１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、8月31日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スタートアップワークショップ3日間コース**』  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スタートアップワークショップ3日間コース**』  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スタートアップワークショップ3日間コース**

**受講希望者事前アンケート2024.5**

|  |  |
| --- | --- |
| **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。 | |