**2017年 社会福祉法人侑愛会**

**自閉症支援のためのワークショップ5日間集中コース**

**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

**（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、**６月１6日(着)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** | | | |
| 相乗りタクシーの利用希望 | 函館駅前から、会場(北斗市)までの相乗りタクシーを用意した場合利用しますか？  **利用する　　　　　　・　　　　　　利用しない** | | | |
| ※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ワークショップ5日間集中コース**』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ワークショップ5日間集中コース**』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ワークショップ5日間集中コース**

**受講希望者事前アンケート2017.6**

|  |  |
| --- | --- |
| **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。 | |

**自閉症支援のためのワークショップ5日間集中コース**

**受講審査について**

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(土)～６月１6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ワークショップ5日間集中コース受講申し込み』** 2. **『自閉症支援のためのワークショップ5日間集中コース受講希望者　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のリーダーを養成することを目的に、世界の自閉症支援の潮流に影響を与え続けているノースカロライナ大学TEACCH自閉症プログラムのコンサルテーションの下で開催いたします。

このセミナーの運営上、募集人数が25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、申し込み後に当センターで審査の上受講を決定いたします。

【受講条件】

１　北海道（道南･道央地域優先）で自閉症児者の支援、指導にかかわる職に就いている方。

　　または、発達障害者支援センターあおいそらと連携して、全国各地で発達障害の支援に携わる方。

２　社会福祉法人侑愛会・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の主催する研修会または、自閉症支援に関する研修会を受講されたことのある方。

３　５日間全日、全講座を受講できる方。

※8/２９（火）の一般公開講座も含め、５日間の全日程を受講できる方とさせていただきます。

※申込後の審査により受講できなかった場合は､1日目の一般公開講座に受講登録させていただきます。

|  |
| --- |
| ５日間の全課程を受講終了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。 |

【受講審査について】

　　受講審査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審査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・啓発されることを目指しています。

　　・北海道内（道南･道央地域優先）、日本各地において中核的な役割となっていただくことを目指しています。

　　・その他

　　※　審査結果については、７月7日（金）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：岩田）**

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

**E-mail　aoisora@yuai.jp**