

# 関係機関と学校の連携を目指して

社会環境の多様化により、さまざまな背景をもつ児童が学校に在籍しています。一人ひとりの教育的ニーズや学習環境を整えるため、学校と関係機関は相互に連携・協働していく必要性が求められおり、その窓口として、特別支援学校及び義務教育学校に特別支援教育コーディネーターが配置されています。

今回の研修会では、早瀬確氏を講師にお迎えし、特別支援教育コーディネーターの視点から、関係機関（行政、医療、放デイ等）が学校と連携を図るための方法や道筋について、事例をもとにご講演いただきます。各関係者同士が顔見知りとなれる機会になればと考えておりますので、多数のご参加をお待ちしております。

**講師：**兵庫県立東はりま特別支援学校  
特別支援教育コーディネーター

## 早瀬 確 氏

### 講師経歴：

公立中学校勤務時代に、特別支援学級を担任。そこで「より良い教育を実践するためにも、こども達の小さい頃から大人になった後のことまで大きな流れを知って取り組める教師が現場に必要なはずだ」と思い、小学部から高等部まである県立特別支援学校へ異動。その後、兵庫教育大学大学院にて特別支援教育について学ぶ。

現在は、特別支援教育コーディネーターとして、地域の学校園の幼児～高校生、教員、保護者等の相談支援、研修協力等の地域支援を担当する。

**日時**

**令和2年2月21日（金）**

**13：30～16：00**（受付13：00～）

**対象**

発達障害のあるこどもと関わる支援者 40名

**会場**

県立こども発達支援センター  
セミナールーム

住所：明石市魚住町清水2744

- ・第二神明道路「明石西」ICから車で5分
- ・JR「土山」駅から徒歩35分／タクシー10分
- ・神姫バス「福里西」から徒歩20分

**受講料**

**1,500円（郵便振込）**



＜問い合わせ・申し込み先＞

兵庫県立こども発達支援センター（担当：吉田・箱根・岡田）

〒674-0074 明石市魚住町清水2744

TEL：078-949-0902 FAX：078-943-3830

<http://www.hwc.or.jp/kodomohattatsu/>

**申込方法は裏面をご確認下さい**

## 申込方法

下記の申込書にご記入のうえ、**令和2年1月30日（木）までに** F A Xまたは郵送にて県立こども発達支援センターまでお申し込みください。  
受講の可否については、**2月初旬**を目処に郵送にてお知らせします。  
研修の1週間前になっても通知が届かない場合はお問い合わせください。  
※受講料の振込みについては、受講が決定した方への受講通知に振込み用紙を同封いたします。

## 申込書

県立こども発達支援センター宛て（F A X：078-943-3830）

## 令和元年度 第3回スキルアップ研修 申込書

受付番号

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |
| 勤務先名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |
| <b>《勤務先種別》</b><br><input type="checkbox"/> 保育所（園） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 学校（小・中・高・特支） <input type="checkbox"/> 行政<br><input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス<br><input type="checkbox"/> 病院・医療関係 <input type="checkbox"/> その他（                      ）                                                                                         |   |
| <b>《職種》</b> 現職の経験年数（                      ）      役職（                      ）<br><input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭（幼・小・中・高・特支） <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 心理士<br><input type="checkbox"/> 支援員・指導員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 特別支援教育コーディネーター <input type="checkbox"/> その他（                      ） |   |
| 連絡先    住所<br>（ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 〒 |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |

※該当する口にチェックをお願いします。

※記載いただきました個人情報、研修実施に係る目的以外には使用しません。

定員を超えてご参加いただけない場合のみ、ご連絡いたします。