

# 児童発達支援のなかで見出す コミュニケーション支援

コミュニケーションやことばの発達は子ども達にとって非常に重要なことです。今回の研修会では、言語聴覚士の泉和男氏を講師にお迎えし、発達の視点から、こどもの行動や活動をどのように評価するのか、また、それをもとにどのようにコミュニケーション支援に取り組むのかについてご講演いただきます。さらに、現在、携わっておられる児童発達支援の現場から、これからの児童発達支援に求められるものについてもお話しいたします。

多数のご参加をお待ちしております。

日時：

**平成27年1月30日(金) 14:00~16:15**  
(受付13:30~)

講師：

特定非営利活動法人  
こども発達サポートセンター  
理事長(言語聴覚士)

**泉 和男 氏**



受講料：1,000円  
(郵便振り込み)

会場：

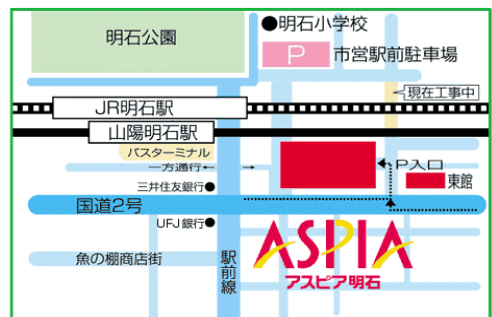
明石市生涯学習センター9階  
子午線ホール  
(アスピア明石北館)

住所：明石市東仲ノ町6番1号  
・JR・山陽電車「明石駅」より徒歩5分  
・来場には公共交通機関をご利用下さい

講師経歴：

日本福祉大学社会福祉学部卒。京都教育大学重複障害児教員養成課程修了。姫路市社会福祉事業団(姫路市総合福祉通園センター)に言語聴覚士として勤務、神戸医療福祉専門学校言語聴覚士科講師を経て、NPO法人こども発達サポートセンターを設立。

現在、NPO法人こども発達サポートセンター代表理事、児童発達・放課後等デイサービス ゆらんこ・あかしゆらんこクラブ、生活介護事業所 オーク・相談支援事業所 シーム相談支援専門員。



定員：

150名(先着順)

(申込方法は裏面をご確認下さい)

<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：松田・小寺  
〒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/>

県立こども発達支援センター  
平成26年度第6回スキルアップ研修

受講料: 1,000円(郵便振り込み)

※申込書送付と同時に下記の口座にご入金下さい。

(1月20日までに受講者からキャンセルの申し出があれば受講料を払い戻します。  
それ以降は、受講料の返還は行いませんが、資料を送付いたします。)

郵便振替 口座番号:00990-9-234818  
加入者名:福)こども発達支援センター

申込方法:下記の申込書にご記入のうえ、1月20日(火)までにFAXまたは郵送にて県立こども発達支援センターまで申込みください。申込書と入金の両方が確認できましたら、申込受理とします。受理できた方には、受講確定通知を送付しますので、研修当日に受付にてご提示ください。

～受講料振り込みについて～

- 郵便振り込みです。恐れ入りますが振り込み手数料のご負担をお願いいたします。
- 手数料本人負担の払込取扱票(青色印字)を使用してください。加入者負担の払込取扱票(赤色印字)を使用しないようお願いいたします。
- 払込取扱票に、研修会名・住所・施設名・氏名・電話番号を記入の上、お振り込みください。必ず「通信欄」に受講者氏名を明記して下さい。
- 複数人数の払い込みも可です。「通信欄」に、受講者全員のお名前をご記入ください。

.....申込書.....

県立こども発達支援センター宛て(FAX:078-943-3830)

平成26年度第6回スキルアップ研修 申込書【1月20日(火)締切】

ふりがな	
氏名	
勤務先名称	
《勤務先種別》 <input type="checkbox"/> 保育所(園) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小・中学校 <input type="checkbox"/> 行政 <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 <input type="checkbox"/> その他( )	
《職種》 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> その他( ) (現職の経験年数、役職: )	
連絡先 ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場)	
電話番号	

※該当する□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。