

読み書きに苦手さのあるこども への支援



『文字を覚えられない』『文字の読み書きに誤りがある』等の学習に関する相談が増えています。このような困りごとにはさまざまな背景が複雑に影響しあっていることがあります。

今回の研修では、杉下周平氏を講師にお迎えし、つまずきの要因・環境調整も含めた具体的な支援・地域との支援の連携についてお話していただきます。

日時：令和7年8月6日（水）

14:00～16:30（受付13:30～）

会場：兵庫県立こども発達支援センター

セミナールーム

講師：杉下 周平 氏

高砂市立 高砂市民病院 言語聴覚士

講師紹介：平成20年に高砂市民病院 リハビリテーション科に入職され、さまざまな年齢を対象に言語聴覚療法に携わっていらっしゃいます。院内のみでなく、兵庫県特別支援教育センター『ひょうご専門家チーム』・明石特別支援教育巡回指導員・高砂市特別支援教育専門家チームなどにも所属し、地域支援でも活躍されています。

対象：発達障害のあるこどもに関わる支援者（先着30名）

※定員の都合上、同施設からのお申込みは1名まででお願いします。

※定員になり次第、申し込み期間内でも受付を終了いたします。

受講料：2,200円（銀行振り込み）

（裏面もご確認下さい）



《申込方法》

受付期間：令和7年6月25日（水）～令和7年7月2日（水）

***令和7年6月25日（水）よりも前に申し込まれた場合はお受けできません。**

*別紙申込書に必要事項を記入のうえ、FAXにてセンターまで送付いただくか、
グーグルフォーム（<https://forms.gle/NBJpfTxYWXfawoYe7>または右上のQRコード）でお申し込み
ください。

《受講確定通知》

*受講可否についてはメールでお知らせいたします。

【info_kodomohattatsu@hwc.or.jp】からのメールを受信できるように設定をお願いします。

《受講料》

*受講が決定した方については、振り込み先をお知らせします。期日までにお振り込みください。
（手数料は、受講者負担になります。）

*振込期日までに振り込みのない場合は、受講決定を取り消す場合もあります。

※換気のため窓を開けて研修を実施するため、エアコンが効きにくくなっていますので、
ご了承ください。

※内容については一部変更となる場合があります。

※近隣に飲食物等購入できる店等はありません。お飲物をご持参ください。

会場から最寄りのコンビニまでは車で5分程かかります。

《アクセス》



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

＜お問い合わせ・申込先＞

兵庫県立こども発達支援センター（担当：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/>（案内・申込書掲載）

県立こども発達支援センター行【FAX(078)943-3830】

受付期間：令和7年6月25日(水)～令和7年7月2日(水)

令和7年6月25日(水)よりも前に申し込まれた場合はお受けできません。

グーグルフォームからお申し込みの場合はこちら→



令和7年度 第2回スキルアップ研修 申込書

●参加希望者(申込書はお一人様につき1枚の記入をお願いします)

ふりがな		年齢
氏名		歳
職種	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭(保育・幼・小・中・特支) <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他()	
経験年数 役職など	<input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 6～10年 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 加配担当 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーター <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> その他()	
勤務先	<名称>	
	<種別> <input type="checkbox"/> 保育所(園) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <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()	
連絡先 (住所)	< <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場> 〒	
メールアドレス	※紛らわしい英文字、数字ははっきりと分かりやすくご記入ください。 (例：0(ゼロ)、o(オー)、h(エイチ)、n(エヌ)、l(イチ)、I(エル)等…)	
電話番号		

(1) 研修で学びたいことはどのようなことですか