

平成 24 年 9 月 10 日

全国ペアレント・メンター 各位

特定非営利活動法人

愛知県自閉症協会・つぼみの会

理事長 鈴木 寛

事業担当 加藤 香

ペアレント・メンター応用研修Ⅳ募集について

拝啓

初秋の候、ご清祥のこととお喜び申し上げます。今年も日本財団様より助成をいただき、応用研修Ⅳを開催いたします。詳細が出来ましたので、ご案内させていただきます。貴県のペアレント・メンターのみなさまにご案内いただければ幸いです。

記

応用研修Ⅳ

日 程： 平成 25 年 1 月 12 日(土) 13:00～16:15

1 月 13 日(日) 10:00～16:15

会 場： 12 日 名古屋市高齢者就業支援センター 5 階 大会議室（地下鉄御器所駅下車）

13 日 名古屋大学鶴舞キャンパス 鶴友会館 2 階 大会議室（JR・地下鉄鶴舞駅下車）

定 員： 45 名（申込み多数の際は調整させていただきます）

参 加 費： 両日参加 3500 円・1 日のみ参加 3000 円

＊資料代込み（当日お支払いいただきます）

研 修 内 容： 12 日「メンター活動について」（公開講座）

13 日「様々な家族に対する支援」（講義・ロールプレイ）など

主 催： NPO 法人愛知県自閉症協会・つぼみの会、あいち LD 親の会かたつむり、
NPO 法人アスペエルデの会、NPO 法人えじそんくらぶなごや親の会

共 催： 名古屋市発達障害者支援センターりんくす名古屋（予定）
名古屋大学大学院医学系研究科 障害児(者)医療学寄付講座

後 援： 現在調整中

講師・スタッフ： 井上雅彦先生（鳥取大学）・吉川徹先生（愛知県心身障害者コロニー中央病院）

日詰正文先生（長野県健康福祉部）・原口英之先生（筑波大学大学院）

竹澤大史先生（愛知県コロニー発達障害研究所）・小倉正義先生（鳴門教育大学）他

申し込み〆切： 平成 24 年 11 月 30 日（金）

【申込み方法について】

当研修はベーシック研修修了のみの方もご参加いただけます。

「受講申込書」に必要事項をご記入の上、下記連絡先までご送付ください。

公開講座のみの参加も可能です。公開講座参加要綱については当会ホームページの案内をご覧ください、別途お申し込みください。

〒460-0013 名古屋市中区上前津 2-14-25 上前津中央マンション 202

TEL/FAX : 052-323-0298 E-MAIL : tubomi-aa@nifty.com

事業担当者：加藤 香

この事業は競艇の交付金による日本財団の助成金を受けて実施します

【愛知県自閉症協会ペアレント・メンター応用研修Ⅳ】スケジュール予定

* 現在調整中につき、スケジュール・担当講師のなど変更になる場合もあります

1 日目 1 月 12 日 (土)

テーマ「公開講座：メンター活動について」

進行：

時 間	内 容	講 師	
13:00～13:15	受付		
13:15～14:45	主催者挨拶 メンターの活動について 各地のシステムの紹介 活動に関わる留意点など		1 時間半
14:45～16:15	メンター活動の取り組みの発表		1 時間半
16:15	終了		

* プログラムの内容は変更になる場合がございます。予めご了承ください

* 斜字については一般公開講座とする

2 日目 1 月 13 日 (日)

テーマ「様々な家族に対する支援」

進行：竹澤 大史（愛知県コロニー発達障害研究所）

時 間	内 容	講 師	
10:00～11:00	きょうだい支援について	リーダーインストラクター 井上雅彦教授	60 分
11:00～12:00	祖父母について	吉川 徹 (愛知県コロニー)	60 分
12:00～13:00	昼食		
13:00～15:00	ロールプレイ（きょうだい、祖父母に関わる相談）		2 時間
15:00～15:45	グループ発表		45 分
15:45～16:15	質疑応答・修了証授与		30 分

* プログラムの内容は変更になる場合がございます。予めご了承ください。

ペアレント・メンター養成講座応用研修Ⅳ 受講申込書

所 属：_____

受講者氏名：_____

平成 24 年度「応用研修Ⅳ」の受講を申し込みます。

●氏名（年齢） _____（ _____ 歳）

●連絡先住所・電話ならびにファックス番号・E-Mail アドレス

住所 〒 _____

電話番号 _____ Fax 番号 _____

メールアドレス（パソコン） _____

●お子様の氏名・性別・年齢・所属・きょうだいの有無

名前 _____ 年齢 _____ 性別 男 ・ 女 _____

所属 _____ きょうだいの有無 有 ・ 無 _____

同居の家族に○をつけてください 例：（兄が 2 人の場合は○を 2 つ）	父	母	兄	姉	弟	妹	祖父	祖母

●担当分野（例：相談担当、キャンプ担当など）

●研修履歴（愛知主催の研修に参加したことのある方は不要）

ベーシック _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 会場： _____

フォローアップ _____ 年 月 日 会場： _____

サポートブック作成リーダー養成研修 _____ 年 月 日 会場： _____

●希望する研修

応用研修Ⅳ （ _____ ） 25 年 1 月 12 日（土）

（ _____ ） 25 年 1 月 13 日（日）

申込・問合せ先：特非）愛知県自閉症協会事務局

〒460-0013 名古屋市中区上前津 2-14-25 上前津中央マンション 202

TEL/FAX：052-323-0298 E-MAIL：tubomi-aa@nifty.com

事業担当者：加藤 香