

発達障害のある子どもへの支援に関するスキル

受講申込書

【注意事項：以下の受講要件を満たしていることをご確認の上、お申し込みください。】

■対象者

放課後等デイサービス・児童発達支援・保育所等訪問支援事業所の支援員の方、
幼・小・中・高等学校の教諭(特別支援学校を除く)、保育士、その他児童・幼児の直接支援業務を行う方

■要件(原則)

- ・すべての日程に参加できること
 - ・講習・演習課程の受講後に、所属する事業所等において支援の実践を行えること
(受講者の所属する事業所等に支援の対象となる児童等^{〔※〕}が在籍しており、当該児童等に対して、講習・演習課程において学んだスキル等を生かした支援を実践できることを想定しています。)
- 〔※〕原則、知的障害を伴わない発達障害がある(もしくはその疑いや特性がある)18歳以下の児童等

必要事項をご記入の上、下記宛先まで送信してください。

FAX：0742-22-1814

所 属	連絡先
参加者氏名①	(職種：)
参加者氏名②	(職種：)
参加者氏名③	(職種：)
支援対象児童等 [※] の有無	有(人数： 人) ・ 無
支援対象児童等 [※] の年齢	未就学児 ・ 小学校低学年(1~3年) ・ 小学校高学年(4~6年) ・ 中学生 ・ 高校生
対象児童等の主な特性、支援等で困っていること、今回の演習で学びたいことなど、ご自由にお書きください。 (※演習内容の参考にさせていただきます。)	

※所属から複数名お申し込みされる場合は、参加者氏名を参加優先順にご記入ください。

※「支援対象児童等」とは、原則、知的障害を伴わない発達障害がある(又はその疑いや特性がある)18歳以下の児童等とします。

※「支援対象児童等の年齢」欄は、対象児童等が複数いる場合、主な年齢層に○をつけてください。

※ご記入いただいた内容については、受講申込の取りまとめ、演習内容の検討にのみ使用します。

(演習において公表したり、その他の目的に使用することはありません。)

※定員超過によりご参加いただけない場合のみ、ご連絡させていただきます。

【問い合わせ】

奈良県 福祉医療部 障害福祉課 自立支援・療育係 TEL：0742-27-8513