

高次脳機能障害研修 子どもの高次脳機能障害について

子どもにおける高次脳機能障害の場合、学習面での難しさだけでなく、発達課題を乗り越えることがより一層難しくなります。また、当事者の子どもを支えるご家族も受傷・発症に伴い複雑な思いを抱えておられます。学習評価、支援方法、当事者・ご家族への心理的なサポート等、一緒に学ぶ機会になればと考えています。是非ご参加ください。

1 日 時 令和4年2月8日(火) 14:00~16:30

2 開催方法 Zoomによるオンラインにて実施

3 定員 80名(先着順) ※定員に達した場合はその旨ホームページに掲載します。

4 対象 障害者福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所、医療機関等、高次脳機能障害支援に関わる方々


5 研修プログラム(予定)

| 内容 | 講師 |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| オリエンテーション | |
| 【講義】 「子どもの高次脳機能障害における学習評価・支援について」 | 大阪医科薬科大学 LD センター 言語聴覚士 竹下 盛 氏 |
| 【講演】 「当事者・家族の立場から伝えたいこと」 | 若者と家族の会 兵庫支部 近澤 知哉 氏 |
| 質疑応答 | |

6 参加費 無料

7 申込締切 令和4年 1月 21日(金) 午後12時(郵送の場合 必着)

8 申込方法 以下 ①【推奨】または ② のいずれか

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| ①福祉のまちづくり 研究所ホームページ 申込フォーム【推奨】 | 福祉のまちづくり研究所 > 研修部門 > 研修 > その他 高次脳機能障害研修 研修詳細内 (http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?cat=16) ※返信用封筒の送付は不要です。必要事項を入力後、送信することで申込みを受付けます。 ※申込送信後、入力されたメールアドレスへ申込受付メール(自動返信)が届きます。確認してください。 |  |
| ② 郵 送 | 受講申込書(別紙)に必要事項を記入し下記の宛先に郵送 ※受講可否通知の送付のため、84円切手を貼った返信用封筒に宛先を記入の上、同封してください。 〒651-2181 神戸市西区曙町1070 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修センター 行 | |

9 受講可否通知方法

先着順に郵送にて通知します。締切日以後10日以内に連絡がない場合は、お問合せください。

10 その他 受講決定後の受講者の変更はできません。この研修は兵庫県より委託を受けて実施しています。

11 実施主体 社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター

(兵庫県から委託を受け、高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業として実施します。)

12 オンラインによる開催について

研修はZoomを活用したオンライン型による受講となります。オンライン接続による環境のご用意をお願いいたします。(Zoomアプリのインストール、ネット環境等。)

また、当日は質疑応答の時間を設けておりますので、カメラやマイクも必要になります。

受講決定された場合、申込時に入力または記入されたメールアドレスへ研修のZoom URL やID・パスコード、資料等を送信します。
ドメイン指定受信を設定されている場合「hwc.or.jp」からのメールを受取れるようにしてください。

◇令和3年度 研修受講申込書◇

【郵送で申込まれる場合】この申込書と受講可否通知送付用の返信用封筒を同封して送付してください。

| | | | |
|-------------------------------------|---|-----|--------------|
| 研修名 | 高次脳機能障害研修 子どもの高次脳機能障害について | | |
| 研修日 | 令和4年2月8日(火) | 締切日 | 令和4年1月21日(金) |
| ふりがな | | | 性別 男 : 女 |
| 受講者氏名 | | | 年齢 歳 |
| 職種等 (○をつけてください) | 1. 介護福祉士 2. 精神保健福祉士 3. 介護支援専門員 4. 施設職員 5. 看護師 6. 保健師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 社会福祉士 11. 学校教員 12. 行政関係職員 13. その他 () | | |
| 現職での経験年数 | 年 月 (現在の職種の他事業所での経験も通算してください) | | |
| 勤務先名称・部署 | | | |
| 勤務先種別 (○をつけてください) | 1. 医療機関 2. 障害福祉事業所(生活介護・機能訓練・生活訓練・就労移行支援・就労継続支援・地域活動支援センター等) 3. 相談支援事業所 4. 就労支援機関 5. 介護保険サービス事業所 6. 行政関係機関 7. 企業 8. その他 () | | |
| 勤務先住所・TEL | 〒 TEL () - FAX () - | | |
| ※上記と異なる連絡先・郵送先を希望する場合は記入してください | 氏名 住所 〒 TEL () - | | |
| メールアドレス (必ず記載してください) | ※受講決定された場合、このメールアドレスへ研修のZoom URL やID・パスコード、資料等を送信します。 | | |
| 研修の質疑の時間に知りたい事や聞いてみたいことを簡単に書いてください。 | | | |

※当センターからの受講可否通知は、勤務先住所の受講本人宛てに郵送します。宛先が御本人と異なる場合(管理者・担当者・代表者など)や自宅などに郵送を希望される場合は、その旨を記入してください。

※郵送の場合 申込時に必ず受講可否通知の返信用封筒を同封してください。

●受講申込用紙に、記載漏れがないようにお願いいたします。

●申込者ごとに1枚の用紙を使用し、郵送にて下記までお申込みください。

当方では、福祉のまちづくり研究所 研修部門のホームページ (<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?cat=16>) の申込フォームからの申込みを推奨しております。その場合、返信用封筒の送付も不要になります。

●申込みに記載等の個人情報、名簿の作成等、研修事業以外の目的には使用しません。

【郵送時申込み先・問合せ先】

〒651-2181 神戸市西区曙町1070

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修センター

担当：梶原・松井

質問・お問合せ (<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi>)

※質問・お問合せは、当方ホームページ『研修部門のお問合せ』からお願いします。

