


# 兵庫県立こども発達支援センター

## 令和6年度 後期基礎研修のご案内

	講義	実地研修
日時	令和6年10月8日(火) 10:00～16:00(受付 9:45～)	以下の実施日から1日 10月:18日(金)・30日(水) 11月:8日(金)・20日(水) 12月:11日(水) 1月:17日(金)・22日(水) いずれも14:00～16:30(受付 13:45～)
場所	県立こども発達支援センター	
内容	<b>「発達障害の基礎知識」</b> ・発達障害の特性と関わり (幼児期・児童期を中心に) ・支援の仕方についてのワーク 講師:医師・心理士・支援員	 ・個別の療育場面を見学 ・療育場面について解説、ディスカッション 講師:センター職員
受講料	2,200円(銀行振り込み)	3,000円(銀行振り込み)
対象者	発達障害のあるこどもに関わる支援者 34名(先着順) <b>※定員の都合上、同施設からのお申込みは、            2名まででお願いします。</b>	<b>以下のいずれかの研修会の受講者</b> ・令和6年度 前期基礎研修(R6/6/18) 後期基礎研修(今回) ・令和5年度 基礎研修(R5/5/30・10/3) ・令和4年度 基礎研修(R4/5/31・10/5) 各日3～5名

※講義と実地研修は対象者が異なりますので、ご注意ください。

※内容については、一部変更となる場合があります。

※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。温度調整しやすい服装でお越しください。

※近隣に飲食物等購入できる店等はありません。昼食や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。

**申込方法** 受付期間：8月20日(火)～8月27日(火)

※20日より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/1v4V7UQbz2khztvN7)  
 (<https://forms.gle/1v4V7UQbz2khztvN7> :もしくは右のQRコード)でお申し込みください。

〈裏面もご覧ください〉

## 受講確定通知について

・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。

## 受講料について

・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。

## <アクセス>



- ・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:横山)

〒674-0074 明石市魚住町清水2744

TEL)078-949-0902 FAX)078-943-3830

ホームページ: <http://www.hwc.or.jp/kodomohattatsu/>

県立こども発達支援センター行【FAX(078)943-3830】

※申し込み期間 8月20日(火)～8月27日(火)

8月20日(火)よりも前に申し込まれた場合はお受けできません。

→ [Googleフォームからお申し込みの場合はこちら](#)



## 令和6年度 後期基礎研修 申込書

●参加希望者(申込書はおひとり様につき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)、1(イチ)、l(エル)等…)	
電話番号		

(1) 参加希望の研修にチェックをお願いします

講義のみ

講義+実地研修

実地研修のみ

※「実地研修のみ」の受講は、

令和6年度 前期基礎研修(R6. 6/18) 後期基礎研修(今回)

令和5年度 基礎研修(R5. 5/30、10/3)

令和4年度 基礎研修(R4. 5/31、10/5)の受講者が対象です。

(2) 実地研修ご希望の方は、下記内より都合の悪い日程にチェックをお願いします

10月18日(金)     10月30日(水)     11月8日(金)     11月20日(水)

12月11日(水)     1月17日(金)     1月22日(水)

※記載いただきました個人情報、研修に係る目的以外には使用しません