

# 兵庫県立こども発達支援センター

## 令和6年度 第4回スキルアップ研修のご案内

県立こども発達支援センターでは、発達障害のあるこどもと関わる支援者の知識やスキルの向上を目的として研修を行っています。

令和6年度第4回目のスキルアップ研修では、児童発達支援・放課後等デイサービスで働く心理職（臨床心理士・公認心理師）を対象に、それぞれの現場で心理職が提供できることについて考えます。多数のご参加をお待ちしています。

日時	令和6年11月27日(水) 14:00～16:30 (受付 13:30～)
場所	兵庫県立こども発達支援センター セミナー室
内容	<p><b>「 障害児通所支援における心理士の役割 」</b></p> <p>地域に児童発達支援・放課後等デイサービスの事業所が増え、事業所で働く専門職も増えました。特に心理職は、「心理士」として働いている人もいれば、「支援員」として働いている人もおり、多様な働き方・業務内容となっているように思います。また、職場に他の心理職がおらず、心理士同士での意見交換の機会が少ない方も多いように思います。</p> <p>今回の研修では、三木市こども発達支援センターにじいろで臨床心理士として勤務されている生田 明希 氏に、にじいろでの業務や働き方について話題提供いただきます。参加者のみなさんの働き方や業務内容、そこで考えていることや感じていることなどを共有し、療育支援の現場で心理職が提供できることについて一緒に考えます。グループワークを実施しますので、顔つなぎの機会にもなればと考えています。</p> <p><b>話題提供者:三木市こども発達支援センター にじいろ 生田 明希 氏</b></p>
受講料	<b>2,200円</b> (銀行振り込み)
対象者	児童発達支援・放課後等デイサービスで働く心理職 (定員: 先着順34名) ※申し込み期間内でも、定員になり次第、受付を終了する場合があります。

※状況により開催中止となる場合もあります。また、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、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。

※近隣に飲物を購入できる店舗や自動販売機等はありません。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。

<裏面もご覧下さい>



## 申込方法



受付期間：令和6年10月18日（金）～

※令和6年10月18日（金）よりも前に申し込まれた場合は  
お受けできません。

〇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/33VzzWV92icWzthu6>：もしくは右上のQRコード)でお申し込みください。

## 受講確定通知について

- ・受講可否については10月25日以降にメールでお知らせいたします。  
【[info\\_kodomohattatsu@hwc.or.jp](mailto: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。
- ・いかなる理由があっても入金後の返金はいたしません。

## <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：三木）

〒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/>

県立こども発達支援センター行【FAX (078) 943-3830】

※申し込み期間 10月18日(金)～

→ [グーグルフォームからお申し込みはこちら](#)



## 令和6年度 第4回スキルアップ研修

●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
資格	<input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <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) 現在の所属についてお尋ねします。

勤務先	<名称>			
	<種別>			
職名	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他（    ）			
勤務年数	<input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> その他（    ）			
勤務形態	<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			
勤務日数	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤			
勤務職種	<input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週4日 <input type="checkbox"/> 週3日 <input type="checkbox"/> 週2日 <input type="checkbox"/> 週1日 <input type="checkbox"/> その他			
業務内容	<input type="checkbox"/> 自分以外の心理士 <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 個別療育 <input type="checkbox"/> 集団保育 <input type="checkbox"/> その他（    ）			

(2) 現在、上記以外の職場はありますか。

上記以外の職場の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
有の場合は領域	<input type="checkbox"/> 福祉	<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 医療

(3) 今回の研修で話題にしたいことがあれば、ご記入ください。

※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