

# 発達障がいの理解と支援(成人支援者向け)

【日時】令和4年1月21日(金) 午後2時～4時

【会場】大阪市社会福祉研修・情報センター5階大会議室

発達障がいのある方の行動特性や認知特性、実践の中で活かせる支援方法などの

全体的な知識を学び、成人期の発達障がい者支援に携わる支援者の方が

何が必要なのか、何が不要なのかと具体的な知識・方法を身につけることを目指します。

【講師】社会福祉法人 南山城学園 スーパーバイザー

湊川短期大学 非常勤講師

澤 月子

熊本大学教育学部卒業。大阪府・京都府の特別支援学校(旧：養護学校)で自閉症の生徒への支援を続け、退職後は、京都市発達障がい支援センター副センター長として広く発達障がいのある方へのサポートにあたり、現在は、南山城学園のスーパーバイズにあたられている。臨床発達心理士。

対象者 大阪市内の福祉関係施設・事業所に勤務する職員

定員 36人(申込多数の場合は抽選)

受講料 1,500円

申込方法 FAXまたはホームページからお申込みください

申込締切 12月27日(月) 午後5時まで(必着)

受講決定 1月上旬に事業所あて発送します

通知が届かない場合は1月11日(火)までにお問い合わせください

主催・申込・問合せ先

大阪市社会福祉研修・情報センター

〒557-0024 大阪市西成区出城 2-5-20

TEL (06) 4392-8201 FAX (06) 4392-8272

○発達障がいについて、学びたくても、具体的に何処へ行って何をすれば良いのか分からなかったので、今回の研修で知識が広がりました！ありがとうございました。

○ご利用者の方をイメージして講義を聞かせていただき、今後の支援につなげられそうです。とても楽しく、あっという間の2時間でした。  
～令和2年度アンケートより～

ウェルおおさかQRコード



本研修は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の措置を講じたうえで実施する予定です。詳しくは、センターホームページにてご確認ください。また、今後の臨時休館の取扱状況によっては、中止または延期する場合があります。ご理解いただきますようお願いいたします。⇒【ウェルおおさか】で検索

FAX 06-4392-8272 <障がい福祉関係研修 基礎研修「発達障がいの理解と支援(成人支援者向け)申込書>

|                                  |                                        |                     |                      |                                                                |  |
|----------------------------------|----------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| 事業所名                             |                                        |                     |                      |                                                                |  |
| 種別                               | 右の番号                                   | ①高齢者福祉関係<br>④生活保護施設 | ②障がい者福祉関係<br>⑤その他( ) | ③保育・児童福祉関係                                                     |  |
| 事業所連絡先                           | 〒                                      | 住所                  |                      |                                                                |  |
|                                  | 電話                                     | FAX                 |                      |                                                                |  |
| 受講希望者<br>(ふりがなも必ずご記入ください)        | 福祉業務<br>経 験 年 数<br>(R4.1月現在)           | 年齢                  | 職種番号                 |                                                                |  |
| ふりがな                             | 年                                      | 歳                   | 右の番号                 | ①相談職・支援職 ②介護支援専門員<br>③介護職 ④保育士<br>⑤保健師・看護師 ⑥事務職・管理職<br>⑦その他( ) |  |
| 当研修で学びたいことや講師に質問等がありましたらご記入ください。 |                                        |                     |                      | □割引クーポン利用希望                                                    |  |
|                                  |                                        |                     |                      | NO.                                                            |  |
| 備考欄                              | 車いす使用の方、手話通訳、拡大文字資料が必要な方は、その旨をご記入ください。 |                     |                      |                                                                |  |

\*「キャリアデザインノート」(1冊 600円で販売中)の「受講料 500円割引クーポン」をご利用の方は、申込時にご記入ください。

◆提供していただきました個人情報につきましては、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。