

# GOKAN療育プログラム(障がい児専門体験型療育)

10月3日(水)

(同内容、午前・午後2コマ開催)

午前の部 10時～12時

午後の部 1時～3時

『五感』への刺激を通して子どもの潜在能力を引き出す体験型療育「GOKAN療育プログラム」を学び、支援施設でのグループ活動を介し、脳の発達を促進すると同時に、「一人ひとりの子どもに沿った意思の表出を促すこと」ができる質の高い「療育」を提供できる支援スキルや施設環境づくりを身につけることを目指します。

【講師】一般社団法人 H I F I V E 代表

療育セラピスト GOKAN療育プログラム考案者

畠山 織恵

脳性麻痺の18歳長男と8歳の長女、二児の母。

障がいがある長男との暮らしと、能力開発事業に12年間携わった経験から、障がい児ゆえに不足する「経験・体験」を『五感』を使って修得できる「GOKAN療育プログラム」を独自監修。

京阪神間において、定期ワークやスタッフ・保護者向け研修など多方面に活躍。

会場 大阪市社会福祉研修・情報センター 5階 大会議室

対象者 大阪市内の障がい児通所支援事業(児童発達支援・放課後等デイサービスなど)従事者

定員 午前・午後 各50人 合計100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 9月20日(木) 午後5時まで(必着)

受講決定 9月25日に事業所あて発送します

通知が届かない場合は9月27日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

ウェルおおさか

検索

(交通のご案内) ●大阪シティバス「長橋2丁目」バス停すぐ

●JR環状線・大和路線「今宮」駅(西出口)から徒歩10分

●地下鉄四つ橋線「花園町」駅(2号出口)から徒歩15分

FAX 06-4392-8272 障がい福祉関係研修 専門研修「GOKAN療育プログラム(障がい児専門体験型療育)」申込書

|                                                                                                                                  |                                        |                             |    |    |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----|----|------------|
| 事業所名                                                                                                                             |                                        |                             |    |    |            |
| 種別                                                                                                                               | 右の番号                                   | ①児童発達支援 ②放課後等デイサービス ③その他( ) |    |    |            |
| 事業所連絡先                                                                                                                           | 〒                                      | 住所                          |    |    |            |
|                                                                                                                                  | 電話                                     | FAX                         |    |    |            |
| 参加希望者<br>(ふりがなも必ずご記入ください)                                                                                                        |                                        | 福祉業務<br>経験年数                | 年齢 | 職種 |            |
| ふりがな                                                                                                                             |                                        | 年                           | 歳  |    |            |
| 参加希望<br><input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部 <input type="checkbox"/> 午前・午後どちらでも可<br><b>※☑を必ずいれてください。</b> |                                        |                             |    |    |            |
| 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。 |                             |    |    | 割引クーポン利用希望 |
|                                                                                                                                  |                                        |                             |    |    | NO.        |

\*「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。