

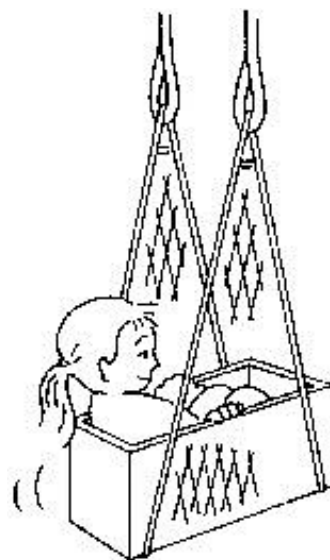
感覚統合療法入門講習会 【体験コース】 東京

主催 日本感覚統合学会

感覚統合療法は、学習障害児や自閉症などの発達障害児の療育治療理論として発展してきました。この療法では、子どもの学習、行動、情緒あるいは社会的発達を脳における感覚情報処理、つまり「身の回りにある様々な感覚情報から必要な情報を受け取り、脳のなかで情報をまとめあげることで、環境に対して適切に反応するというプロセス」という視点で理解し援助を行います。

感覚統合療法入門講習会は、発達障害児に携わる方々に、感覚統合療法とはどのようなものなのかを知って頂き、施設・学校での療育・保育・教育活動等に感覚統合の考えを生かして頂くことを目的としています。

この度、基礎コース修了者を対象とした体験コースを開催することになりました。このコースは、より具体的な実践方法について体験的に学ぶための講習会です。感覚統合療法で用いられる遊び活動や遊具の体験、遊び活動の分析、対象者に合わせた遊びの組み立てなどについて、演習、実習、グループワーク等を通してより実践的にお伝えいたします。



■講習会の受講条件

発達障害児の医療、療育、教育、福祉等の業務に従事している方で、本学会が主催・後援する「感覚統合療法入門講習会基礎コース」もしくは「認定講習会Aコース」を受講したことがあること。

■主な講義内容（詳細は、<http://si-japan.net> を参照ください）

療育施設等での活動体験（演習・実習）を通して、以下の内容について学びます。

1 日目：感覚統合的視点での遊び活動の分析演習・遊具体験実習

2 日目：感覚統合の考え方を生かした遊び活動の立案と模擬実施

■講習会概要

- 講習会名称：感覚統合療法入門講習会体験コース 2018-1（東京会場）
- 日 程：2018年6月16日（土）17日（日）（9：30～17：00）
- 場 所：西多摩療育支援センター（東京都あきる野市上代継84-6）
- 定 員：30名程度（会員優先）
- 申込期間：2018年 4月16日～ 5月16日（必着）
- 講 師：石井 孝弘（帝京科学大学）
石原 幾子（西多摩療育支援センター）

■受講料

- 受講料：12,000円（学会会員） 15,000円（非会員）

参加費は、受講決定後お送りします受講決定通知に記載されている銀行口座へ振り込みください。
領収書は、講習会当日、会場にてお渡しできます。

*期日までに振り込みがない場合は、キャンセルとみなします。

*職場事情により振り込みが遅れる場合は、受講通知に記載されております担当者にメールにてご相談ください

申込者のご都合により受講をキャンセルされる場合、以下の料率でキャンセル料をいただきます。

- 1) 参加費払込期限日までのキャンセル：参加費の0%
- 2) 講習会開始日の2日前までのキャンセル：参加費の20%
- 3) 講習会開始日の前日のキャンセル：参加費の50%
- 4) 講習会開始日のキャンセル、又は無連絡不参加：参加費の100%

●注意事項

天候、天災、紛争、講師の急病等のやむをえない事情により講習会を中止することがあります。中止の連絡は参加者に対してメールでお知らせ致します。中止の場合、参加費は振込み手数料を差し引いた全額をご返金させていただきますが、これに伴い発生した交通・宿泊費（キャンセル料）等は各自でご負担頂くことになります。

■受講申込方法

申込みは、郵送で受け付けます。

受講申し込みは、「受講申込書」にご記入の上、82円切手貼付の返信用封筒（大きさは長形3号、返信先住所氏名を記入のこと）を同封し、申込窓口まで郵送にて申し込みください。

同一施設からの複数の申込みには応じられない場合がありますので、一施設からの参加は2名以内でお願い致します。 応募多数の場合は抽選となります。

*都合により、開催日程・定員・会場等が変更される場合があります。

変更は随時日本感覚統合学会HPにて掲載されますので宜しくお願い致します。

申し込み窓口（郵送先）

〒197-0832

東京都あきる野市上代継84-6

西多摩療育支援センター 上代継診療所

石原幾子

Mail : toratora_nine@yahoo.co.jp

※お問い合わせは必ずメールでお願いします（電話はっさいお受けできません）

もしくは 入門講習会事務局 新庄玉恵

アドレス si-nyumon2018@si-japan.net

office-nyumon@si-japan.net

感覚統合療法入門講習会 体験コース 2018-(1)
 会場 (東京)
 受講申込書

年 月 日

氏名 (フリガナ) (女 ・ 男) 年齢 ()

(学会会員 ・ 非会員)

勤務先

勤務先名

職種

勤務先住所 〒 (-)

※書類の郵送先がご自宅をご希望の場合はご自宅住所 勤務年数 ()

連絡先 (緊急連絡時)

連絡を取りやすい電話 _____ よろしければ携帯番号もご記入下さい

Eメール(必須)

受講動機 申し込み回数 (回目)

これまでの感覚統合に関する講習会 (入門講習会・多職種講習会、認定講習会等) の受講歴

講習会名称 (主催団体)	年月日	開催地	修了証番号等

(コピーしてご使用ください)