

第15回自閉症療育者のためのトレーニングセミナー

公開講座

主催 神奈川県自閉症児・者親の会連合会

期日 2012年7月28日(土)・29日(日)

場所 ウィリング横浜 (横浜市港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー)

プログラム

No.	日	時間	内容	講師	部屋
1	28日	10:00~10:50	TEACCHプログラムの紹介と解説	内山登紀夫氏	124
	28日	11:00~12:00	自閉症の特性	内山登紀夫氏	124
2	28日	13:15~14:15	評価	内山登紀夫氏	124
3	28日	15:45~17:00	構造化された指導	諏訪 利明氏	124
4	29日	16:00~17:30	コミュニケーション	諏訪 利明氏	124

参加費

コース	講義	親の会会員	一般	定員
Aコース	1~4全て	6,000円	8,000円	145名
Bコース	1~3 (7月28日のみ)	4,000円	6,000円	
Cコース	1~4各	2,000円	2,000円	

* Aコースを優先し、次に会員の方を優先します。

申込方法 【Fax 受付】 Fax 番号 046-252-0051

公開講座受付 岩野 ひとみ まで

【E-mail 受付】 E-mail アドレス kk-mousikomi@kas-yamabiko.jp

Fax・E-mail には

- ①名前(ふりがな) ②郵便番号 ③住所 ④電話・FAX 番号(連絡先・連絡がとれる時間帯) ⑤ご職業 ⑥一般または神奈川県自閉症児・者親の会連合会会員のいずれかを明記 ⑦希望コース(Cコースの場合は、コースと希望講義番号)

(聴講の可否、参加費振り込み先等、お返事差し上げます)

※返金はできませんのでご了承ください。

問い合わせ先 【Fax】 Fax 番号 046-252-0051 岩野 ひとみ まで

【E-mail】 E-mail アドレス kk-toiawase@kas-yamabiko.jp

申込締め切り 2012年7月20日

第15回自閉症療育者のためのトレーニングセミナー受講申込書

事務局記入欄	NO.
	月 日受理

ふりがな 氏名		年齢 歳(男・女)
現住所	〒 Tel Fax E-mail :	
勤務先		職種
所在地	〒 Tel Fax	
連絡発送先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかにマルをつけてください)	

受講を希望する理由及び本セミナーに期待すること (受講者選考の参考資料となります)

- ※ 必ず自筆(万年筆及び黒ボールペンを使用のこと)でお書きください。(パソコン利用は不可)
- ※ 記入済み申込書は、コピーではなく原本をご提出ください。

公開講座用

第15回自閉症療育者のためのトレーニングセミナー

公開講座 聴講申し込み

ふりがな		
①氏名		
②連絡先郵便番号〒		
③連絡先住所		
④連絡先電話番号	電話	()
Fax番号	Fax	()
E-mail アドレス	E-mail アドレス	
連絡が取れる時間帯		
⑤ご職業 (勤務先名)		
⑥所属 いずれかに○	一般	神奈川県自閉症児・者親の会連合会 会員 (これ以外の団体は一般に○)
⑦希望コース	Aコース	1～4すべて
※希望講座に○	Bコース	1～3
	Cコース	1 2 3 4
参加費金額	円	