≪自立活動研修会のお知らせ≫

日　時　　平成２８年７月２５日（月）　１３：３０～１５：００

（１３：００～受付）

場　所　　あきた総合支援エリア　大会議室　（秋田きらり支援学校）

内　容　　感覚統合、机上の手の動きと姿勢、食事指導等に関わるＯＴによる講話と演習

講　師　　秋田県立医療療育センター　作業療法士

羽澤　優子　氏　　伊藤　彰子　氏　　土岐　千尋　氏

対　象　　県内特別支援学校職員

※演習も予定しているので、動きやすい服装でご参加ください。

　※飲み物、汗ふきタオルも必要に応じて各自ご持参ください。

※申込締切は、７月１１日（月）です。ＦＡＸにてお申し込みください。

ご不明な点がございましたら、担当（伊藤昌・畑）までご連絡ください。

皆さまのご参加をお待ちしております。

この用紙のみご送信ください

**≪FAX送信≫**

秋田県立秋田きらり支援学校　担当　畑　美貴子　行

（FAX　０１８-８８９-８５７５）

**自立活動研修会　参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがなお名前 |  | （　男　・　女　） |
|  |
| 学校名住　所電話番号 | （担当学級　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （〒　　　-　　　　　　）TEL（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修内容 | ・感覚統合、机上の手の動きと姿勢、食事指導等に関わるＯＴによる講話と演習・講師：秋田県立医療療育センター　作業療法士　羽澤　優子　氏野田香菜子　氏土岐　千尋　氏 |
| 事　前アンケート | 【研修内容（演習）の参考にします。差し支えない範囲で以下のアンケートにお答えください。】☆支援対象者（肢体不自由を併せ有する児童生徒）について○学年など【　　　　　　　　】（　　歳）○性　別　【　　　】○身体の状況や感覚、コミュニケーションの様子○机上の手の動きや姿勢、給食指導等、日頃気になっていること。○特に配慮して実践していること |
| 講師への事前質問 |  |
| その他、ご質問等がありましたらご記入ください。 |

**締切　平成２８年７月１１日（月）**