

# 感覚統合療法入門講習会 【体験コース】

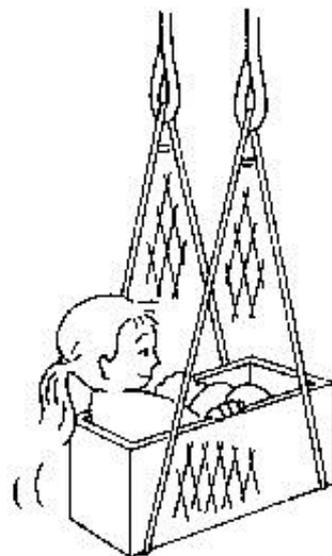
## 2016年度開催のご案内

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・遊具体験実施
- 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

### ■受講料

- 受講料：12000円（学会会員） 15000円（非会員）

（被災地支援のため福島県在住、在勤の方は学会会員、非会員ともに半額となります）

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。

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となります。

## ■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、以下の申し込み先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（福島県在住、在勤優先）

## ■講習会の申込先

体験2016-5 福島会場 30名	日程：2016年 11月19・20日 会場：こおりやま東都学園 郡山健康科学専門学校 〒963-8834 福島県郡山市区景2-9-3 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） 申し込み先：〒409-0193 山梨県上野原市八ッ沢2525 帝京科学大学 医療科学部 作業療法学科 石井孝弘 問い合わせ先：t-ishii@ntu.ac.jp	9月15日～ 10月5日 （消印有効） 期日以外の申し込みは、無効となりますので、ご注意ください。
-------------------------	--	--

## 入門講習会全般に関するお問い合わせは、

日本感覚統合学会 入門講習会事務局

担当 新庄玉恵 メールアドレス：si-nyumon2016@si-japan.net

※参加申込み後の連絡・問い合わせ（キャンセル等）は、問い合わせ先にメールにてお願い致します。（電話でのお問い合わせはご遠慮ください）

感覚統合療法入門講習会 体験コース 2016-5 福島会場

該当する物に○をつけて下さい

受講申込書

年 月 日

氏名 (女・男) (年齢 才)  
(フリガナ)

(学会会員 ・ 非会員)

勤務先

勤務先名: 勤務年数 年  
職種 現職場年数 年

勤務先住所 〒 ( - )

電話(職場) ※電話(携帯)

※Eメール ※は必ず記載して下さい

受講の理由

過去の申し込み回数 回 (以前の申し込み年度 )

現在の主な対象疾患・業務内容

これまでの感覚統合に関する講習会

(入門講習会(基礎・体験・実践)・多職種講習会、認定講習会等)の受講歴(\*必ず記載して下さい)

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)