

平成29年度 感覚統合療法認定講習会受講者募集要項

C (治療) コース

講義コース 実践コースのご案内

認定講習会は、感覚統合療法を実践する上で必要な基礎知識、対象の理解とその評価法、治療的介入の方法を習得することを目的としています。

この講習会の概要は、以下のコースより成り立っています。

1. A (基礎・評価) コース：感覚統合療法に必要な基礎知識の学習（基礎理論編）と、子どもの問題を把握するための評価技法の習得（検査習得編）を目的とする。
2. B (解釈) コース：観察や検査から得られた結果より、子どものもつ問題を、感覚統合理論の観点から解釈を深め考察していくことを目的とする。
3. C (治療) コース：感覚統合障害を有する子どもの問題点を把握し、併せてどのような治療的介入を行うかを体験し理解することを目的とする。

<重要なお知らせ>

感覚統合療法認定講習会 C (治療) コースのシステムが変更になりましたので、ご確認の上お申し込み下さい。

1. 平成26年度からC (治療) コースの<講義コース>と<実践コース>を同じ年度に受講して頂くことになりました。受講料は合計10万です。
2. Cコース全課程終了の方は、3年以内は講義コースのみ無料聴講が可能です。
3. 実践コースの受講希望をしない方は、講義コースのみの参加は可能です。しかし、評価実践演習は担当を持たず、見学・聴講のみとなります。参加費は2万円です。

I. 感覚統合療法認定講習会 C (治療) コース <講義コース>

今回のC (治療) コース<講義コース>は以下の要領で実施いたします。

1. 日 程：平成29年7月15日(土)～7月17日(月)
2. 場 所：県立広島大学 広島県三原市学園町1-1
3. 講 師：土田玲子 小西紀一
4. 受講資格
 - ①感覚統合療法認定講習会B (解釈) コースの全日程を修了している者。
 - ②感覚統合療法認定講習会C (治療) コースの修了者で希望する者。
5. 募集定員：20名
6. 受講料：20,000円
7. 受講決定：平成29年5月下旬頃に各自に通知致します。
受講決定と同時に、通知書に記載されている銀行口座に指定期日までに、受講料をお振り込み下さい。
8. 募集期間：平成29年4月1日～4月21日必着(締め切り厳守)
9. 申込書類：受講申込書を下記へ郵送して下さい。

10. 問合せ・申込先：〒831-8501 福岡県大川市榎津 137-1

国際医療福祉大学福岡保健医療学部

日田勝子

F A X 0 9 4 4 - 8 9 - 2 0 0 1

※申し訳ありませんが、電話でのお問い合わせと E-mail でのお申込みはお断りさせていただきます。

11. その他：講師の都合により、募集時の内容に変更が生じる可能性もありますが、その場合には受講決定時にお知らせ致します。

【講義コース プログラム予定】

	9:00	10:30	12:10	13:00	17:00	18:00
1日目		講義Ⅰ	昼食		講義Ⅱ	交流会
2日目		講義Ⅲ	昼食		評価・治療方針立案 実践演習	
3日目		発表	昼食		講義Ⅳ	16:30 終了予定

【講義内容】 ※講義時間・日程は入れ替わる可能性もあります。

講義Ⅰ. SI 介入の原則～評価から介入～

講義Ⅱ. 調整障害を持つ子どもの支援（学校支援家庭支援含む）

講義Ⅲ. 行為障害を持つ子どもの支援（学校支援家庭支援含む）

講義Ⅳ. 対象操作理論から見たこどもの理解と支援（学校支援家庭支援含む）

II. 感覚統合療法認定講習会 C（治療）コース <実践コース>

平成 29 年度の C（治療）コース<実践コース>は以下の要領で開催予定です。

1. 会場及び日程

【三原会場】

◆日 程：平成 29 年 8 月 16 日（水）～ 8 月 21 日（月）

（8 月 15 日 16:00～オリエンテーション予定）

◆場 所：県立広島大学 広島県三原市学園町 1-1

【長崎会場】

◆日 程：平成 29 年 12 月 24 日（日）～ 12 月 29 日（金）

（12 月 23 日 16:00～オリエンテーション予定）

◆場 所：NPO 法人 なごみの杜 長崎県長崎市桜町 5-20 小川ビル 2F

※会場は最小遂行人数に満たない場合はいずれかの会場がキャンセルとなります。よって、両日程共に可能となるよう日程をご調整下さい。

2. 講 師：●土田玲子 ●小西紀一 ●他 （予定）

3. 受講資格

①感覚統合認定講習会 A（基礎・評価）コース B（解釈）コースの課程を修めた者。

②感覚統合療法認定講習会 C（治療）コース<講義コース>の受講終了者。

※重要：受講にあたり学会として必要と判断した場合に、聴講、参加等（認定講習会A、Bコースやミニ実践コース・他職種実践コース）を課される場合もありますのでご了承下さい。また、選考基準として各種コースの参加状況を加味する場合があります。

5. 募集定員：各10名

※注意：両会場が定員10名（最小遂行8名）に満たない場合は、1会場での開催となります。

6. 受講料：80,000円

7. 受講決定：平成29年5月下旬までに会場を含め、各自に通知致します。

受講決定と同時に、通知書に記載されている銀行口座に指定期日までに、受講料をお振り込み下さい。

8. 募集期間：平成29年4月1日～4月21日必着（締め切り厳守）

9. 申込書類：①受講申込書、②受講歴カードのコピー（Bコースの受講終了のページ）、③平成19年度以後Bコース終了者は講師のコメント用紙（コピー可）、④Bコース終了後、③により修正されたケースレポート（コピー可、「結果」はレポートに記載されていることを前提に検査用紙は不要）を同封の上、下記へ郵送して下さい。また、レポートにつきましては、個人情報の記載がないことを確認の上、提出をしてください。

※④B終了時のレポートを何らかの理由にて準備できない場合は、B最終レポートに相当するレポートを新たに作成しご提出下さい。

※待機番号（次年度申込時のみ有効）を持つ応募者はレポートの再提出は不要です。

※ケースレポートは受講時返却致します。

10. 問合せ・申込先：

〒831-8501 福岡県大川市榎津137-1

国際医療福祉大学福岡保健医療学部

日田勝子

FAX 0944-89-2001

*申し訳ありませんが、電話でのお問い合わせとE-mailでのお申込みは固くお断りさせていただきます。

10. その他：講師の都合および応募希望者多数の場合、募集時の内容に変更が生じる可能性もありますがその場合には受講決定時にお知らせ致します。

【実践コース プログラム予定】

日	午前	午後
1日目	ミーティング・治療実習	治療実習・フィードバック
2日目	ミーティング・治療実習	治療実習・フィードバック
3日目	ミーティング・治療実習	治療実習・フィードバック
4日目	ミーティング・治療実習	治療実習・フィードバック
5日目	ミーティング・治療実習	治療実習・フィードバック
6日目	ビデオ フィードバック	記録・まとめ

感覚統合療法認定講習会C (治療) コース
受講申込書

Bコース受講年：_____年度

待機番号：平成28年度_____

1. 氏名：_____ (男・女) 生年月日 19 ____年 ____月 ____日

2. 勤務先名：_____ 職種：_____

3. 同住所：〒 _____ 電話：_____ () _____

4. 自宅住所：〒 _____ 電話：_____ () _____

5. E-mail：_____

6. 公文書： 必要 (宛先； _____) ・ 不要

7. 会場について：両会場共に可能となるよう調整をお願い致します。尚、会場及び日程について事務局へ連絡がある場合は下空欄をご利用下さい。(但し、選考に有利になることはありません)

8. 講義コース**単独受講希望者**記入欄 (お知らせをよくお読みください)

Cコース修了者； () H28年三原 () H27年徳島 () H27三原 () H26年三原
() 他年度；参加費が必要となります

Bコース修了者講義コースのみ希望：()

9. 受講希望理由書を同封して下さい。(300字程度 別紙添付でお願いします)

*必ず、「受講希望理由書」に 所属、氏名をお書き下さい。