

令和2年度 熊本県こども総合療育センター 療育公開講座

『コミュニケーション ～誰のため？何のため？～(仮)』

“コミュニケーションの意義や大切さ”について、医師の立場で幅広い年齢層の子どもたちにたずさわってこられた田中先生より、高い見識と豊富な経験に基づき実際のケースを通して講演をいただきます。ご参加をお待ちしております。

日時：令和2年10月3日（土） 13時～15時30分（受付・開場12時～）
場所：熊本市火の君文化ホール（熊本市南区城南町舞原394番地1）
講師：独立行政法人国立病院機構菊池病院医師 田中 恭子 先生

◆講師紹介◆

精神保健指定医、日本精神神経学会指導医・専門医、日本小児科学会指導医・専門医、日本児童青年精神医学会認定医、子どものこころ専門医、TEACCH® Certified Practitioner

佐賀医科大学医学部卒業後、熊本大学病院小児科に入局。国立精神・神経センター武蔵病院小児神経科、国立肥前療養所精神科等で研修後、米国ノースカロライナ大学TEACCH部へ留学。益城病院、熊本大学神経精神科特任助教（熊本県発達障がい医療センター）等を経て、現在は国立病院機構菊池病院勤務。専門は児童精神医学・発達障害医学で、発達障がいの子どもをもつ保護者やきょうだいの支援にも取り組んでいらっしゃいます。

*主なご著書や論文

『知的能力障害を伴う自閉症^h外^hの例(分担執筆)大人と子どもの発達障害診療ハンドブック』(中山書店2018)
『医師の立場から(分担執筆) 知的・発達障害における福祉と医療の連携』(金剛出版2019)
『きょうだいケアの視点から』(日本児童青年精神医学会2010) など多数

- 【参加費】** 無料（定員250名：先着順とします）
※保育などの預かりは行いませんので御了承ください。
- 【申込方法】** 裏面申込書に御記入の上、FAXでお申し込みください。
※FAXがない場合は電話でも結構です。
- 【申込期間】** 令和2年8月11日(火)～9月4日(金)
- 【お問い合わせ】** 熊本県こども総合療育センター 地域療育部地域支援班(本武、田中)
TEL:0964-32-1144(直通) FAX:0964-32-1179
- 【その他】** 新型コロナウイルス等感染症拡大の状況や災害での講座中止など、緊急のご連絡は熊本県こども総合療育センターのホームページにてお知らせいたします。

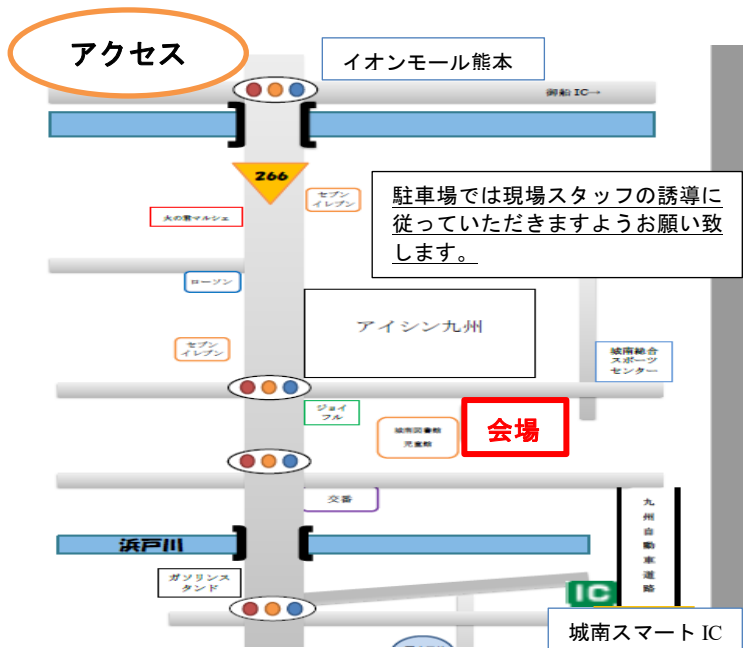
主 催 : 熊本県こども総合療育センター

**令和2年度 熊本県こども総合療育センター
療育公開講座 参加申込書(地域支援班 本武 行)**
(FAX 0964-32-1179)

	所属名 *特にない場合は不要です	職名 *特にない場合は不要です	氏名 *ふりがなも御記入下さい	電話連絡先 *必ず御記入ください	合理的配慮 の希望
1					<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記
2					<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記
3					<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記

お願い ○定員を制限しておりますので、大変申し訳ありませんが一施設3名以内でお願いします。
○参加者に感染者が発生した場合は、保健所の聞き取りにご協力をお願いすることがあります。
なお、濃厚接触者の把握のため、当日は席を指定させていただきます。
○濃厚接触者となった場合は、接触後2週間を目安に自宅待機の要請がある可能性があります。
○当日、具合の悪い場合(発熱、風邪症状があるなど)は参加をお控えください。
○感染症予防のため、マスク着用にてご参加ください。
○参加の場合、自身が感染対策を徹底していても、感染リスクはあることをご了承ください。
○申し込み後受講できなくなった場合は、当センターまでキャンセルのご連絡をお願いします。

※講師の先生に質問等がありましたら、
御記入のうえ FAX してください。



キリトリ線

健康チェックシート【当日必ず持参してください】

キリトリ線

熊本市火の君文化センターでは、下記に1つでも該当する場合はご利用をお断りしておりますのでご理解いただきますようお願いいたします。咳や体調不良が見受けられる場合は、途中退室いただく場合もあります。

当てはまる方に○をつけてお名前等ご記入ください。複数名の場合はコピーし1人1枚記入してください。

- ① 過去14日以内の発熱や風邪、味覚障害症状(有・無)、息苦しさや強いだるさ(有・無)
- ② 過去14日以内の同居している方の上記症状(有・無)
- ③ 過去14日以内のご自身・同居している方の海外渡航歴(有・無)

※花粉症かどうか判断がつかない場合は、来館をお控えいただいています。

氏名	電話番号
住所	R2/10/3 13:00~15:30

※氏名・連絡先等については、新型コロナウイルス感染症の疑いが生じた場合のみに使用いたします。

※このチェックシートは、1カ月経過後に廃棄いたします。

席番