

第57回講習会

「臨床のための『言語発達』再考—言語・認知・対人関係を統合して—」のご案内

2018年5月25日

日本コミュニケーション障害学会 学術事業部

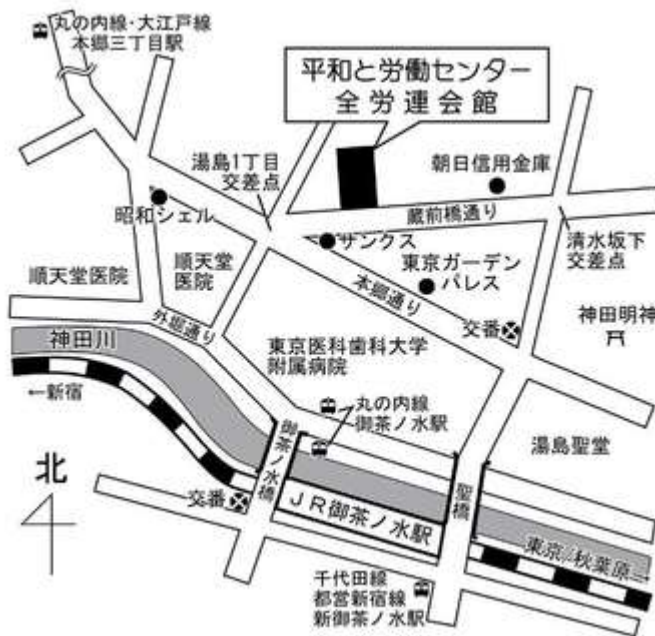
乳幼児健診や子どもの発達支援機関の相談では、「ことばの発達の遅れ」が取り上げられることがかなりの割合に上ります。相談・支援の場で、発達支援が必要な子が抱えていることばの問題について考えていくために、発達に関する基礎的な理解が必要です。

本講習会では、対人関係・コミュニケーションや認知発達も絡めながら、最新の知見も踏まえて言語発達について多面的に概観をしていただきます。その上で、言語発達に見られる偏りの特徴を整理し、定型発達の子の言語発達過程も参照しつつ、子どもの発達の個性に配慮した言語・コミュニケーション支援のあり方について考えていきます。また、年齢にかけての言語と思考の発達支援についても触れていただくという欲張った企画をさせていただいております。どうぞ、ふるってご参加ください。

1. 日時：2018年9月1日（土）9：45～16：45（受付は9：20から）

2. 会場：全労連会館（東京都文京区湯島2-4-4）、2階ホール

<http://www.zenrouren-kaikan.jp/kaigi.html#08>



JR 総武線 御茶ノ水駅から徒歩 8 分

地下鉄東京メトロ丸ノ内線

御茶ノ水駅から徒歩 7 分

東京メトロ千代田線・都営新宿線

新御茶ノ水駅から徒歩 11 分

東京メトロ丸ノ内線・都営大江戸線

本郷三丁目駅から徒歩 13 分

* 昼食について：会館内に食堂はありません。

会場近くにコンビニがあります。

ホール内でのお弁当のご飲食は可能です。

3. 講習の内容：

9:45～11:15 言語発達の理解—認知・対人関係の発達との統合—

11:25～12:30 言語発達支援の枠組み

13:30～14:30 幼児期の発達臨床への展開

14:40～16:20 学齢児の評価と支援方法

16:20～16:45 質疑応答・まとめ

※ 内容やスケジュールに変更があるかもしれません。ご了承下さい。

★臨床発達心理士ならびに学校心理士の資格更新研修会に認定されています。臨床発達心理士の資格更新ポイント（（2）区分）も学校心理士の資格更新ポイント（B1）も、1日受講した場合のみポイントを取得できます。なお、臨床発達心理士または学校心理士のいずれか一つのみ申請できます。ポイント申請予定者は、講習会参加申込みの際にお知らせください。（メールの項目⑦あるいは申込書の所定欄に○）。当日の申込みは受け付けません。

4. 講師紹介：

大伴 潔先生：東京学芸大学教育実践研究支援センター 教授

5. 定員：100名（定員を超えた場合は、締切前でもお断りすることがあります。）
 6. 参加費：会員4000円、非会員8000円、学生3000円（当日受付で学生証を提示のこと）
7月31日までに学会の入会手続きを行えば、会員料金での参加申し込みができます。
 7. 申込締切：2018年8月8日（水）
 8. 申込方法：Eメールで申込んでください。

送付先アドレス：jacdgaku@tune.ocn.ne.jp（講習会申込専用アドレス）

◆メールの件名には、「第57回言語発達」と入れてください。

◆以下の項目を①～⑦の番号も入れて記入してください。（⑦は申請する場合のみいずれかを記入）

①氏名（ふりがな）

②会員・非会員・学生のいずれか

（会員の方は会員番号を記入、学生は学校名・学部・学科名を記入）

③所属（学生でお勤めされている方も記入）

④職業（ST、教員など）

⑤連絡先（メールアドレス・電話番号とも記入）

⑥欠席の場合の資料送付先（〒・自宅または所属先、所属先の場合は部署名も記入）

⑦臨床発達心理士（申請者は所属支部を記入）・学校心理士のポイント申請の有無

個人情報は講習会に関する
連絡と欠席の場合の資料送
付等に使い、第三者に開示す
ることはありません。

◆申込みを受領した旨の返信をしますので、上記アドレスからメールを受け取れるように（迷惑メールに入らないように）設定しておいてください。

メールが使えない方は、下の申込書に記入のうえ、FAXか郵送でお送り下さい。

<送り先・問合せ先> 〒185-0021 東京都国分寺市南町3-7-11-202

日本コミュニケーション障害学会 電話/FAX：042-324-7397

E-mail アドレス：jacd@tea.ocn.ne.jp（お問合せ専用アドレス）

9. 参加費の振込：申込み後、受講の可否をメールかハガキでお知らせいたします（申込み後2週間経っても受講可否のお知らせが届かない場合はご連絡ください）。こちらから指定の期日までに、参加費を下記口座にお振り込み下さい。期限内のお振り込みが困難だった場合は、学会事務局にご一報ください。振込の際、通信欄に 1)参加者名、2)講習会名、3)開催年月日を必ずご記入下さい。振り込まれた参加費は返却いたしません、代理の方の参加は構いません。

<振込先>

郵便振替：口座番号 00120-2-116189

加入者名：日本コミュニケーション障害学会事業部

FAX：042-324-7397（FAXの場合は、申込書を切り取らずにそのまま送信してください）
 郵送の場合は、表面の情報保管のために申込書をコピーしてから切り取ってお使いください。

第57回講習会「臨床のための言語発達再考」申込書

申込日 201 年 月 日

ふりがな

該当するところに○をおつけください

名前：

（会員（No. _____）、非会員、学生）

〒

住所（自宅または所属先）：

（自宅・所属先）

所属/学校・学科名： _____

連絡先： TEL _____

FAX _____

（自宅、所属先）

E-mail： _____

職業： _____

心理士資格更新ポイント申請：申請予定の方はいずれかに○をつけてください。（臨床発達心理士・学校心理士）

注）受講の可否のハガキは、原則としてご自宅宛とします。ご都合の悪い方は、その旨明記してください。