

2018年度 ペアレント・トレーニング活動計画

TOMOはうす

親子間のコミュニケーションをよりスムーズにし、良い関係を築いていくためのトレーニングを、ロールプレイ等を通して行っていきます。



【ペアレント・トレーニング】



【Ⅰ期】

☆日時 : 2週間に1回 金曜日18:30~20:30 全6回

4月27日、5月18日、6月1日、6月15日、7月6日、7月20日

☆場所 : こうち男女共同参画センター「ソーレ」

☆参加費 : 6,000円 ☆定員 : 5~6名

☆対象 : 言葉での指示が理解できる(ほめられることがわかる)発達年齢3歳~10歳ぐらいのお子さんをもつ保護者

【リーダー】 丸井美恵子(言語聴覚士、いの町保健福祉課非常勤職員)

【サブリーダー】 松岡智子(初級教育カウンセラー・高知市生涯学習課社会教育指導員)

【Ⅱ期】 ☆9月~11月

【Ⅲ期】 ☆1月~3月

【受講された方の感想】

☆どのタイミングで、どこに立って、何を見て、何と言ってほめるのか etc 具体的に学べたことが、とっても楽しくて、わかりやすかった。家でもすぐ取り組みました。

☆虐待寸前でしたが救われました。やっと我が子のことを(かわいい!)と思えるようになりました。

☆「ほめる」ことがこんなに楽しいことだったとは、思ってもいませんでした。家の中がどれほど明るくなったことでしょう。

質問やお申し込みの方は下記アドレス(TOMOはうす・久武)までメールを下さい。なお申し込み希望の方は2枚目の申し込みフォームを印刷記入してFAXで送信して下さい。

TOMOはうす

HP <http://tomohouse2012.jp>

ブログ <https://tomohouse.blogspot.jp/>

メールアドレス tomohouse2012@gmail.com F A X 088-892-2111(久武)

ペアレント・トレーニング申し込み書

※ここに記入された内容については、トレーニング以外には使用いたしません。

※**必** は、必須項目です。

(1) トレーニングを希望される方の氏名と お子さんとの関係 必	
(2) お子さんのお名前と年齢 必	
(3) 発達障害等の診断の有無と診断がある場合の診断名 ※グレーゾーン、疑い、という場合も記入して下さい。 必	
(4) このトレーニングを紹介して下さった方について ① 氏名 ② 所属(例 ○○保育所、療育センター □病院等) ③ 職種(例 教員、ST、医師等) ④ その方の連絡先 (電話番号、メールアドレス等) 必	① ② ③ ④
(5) このトレーニングを希望される理由 (例 お子さんの気になる行動、接し方等について 困り感を感じていることについて 具体的に) 必	
(6) トレーニングを希望される方の連絡先 すぐに連絡がつくメールアドレス、電話番号 必	【メールアドレス】 【電話番号】
(7) このトレーニングを希望される方の 所属、職種(無職の方はなしで結構です)	【所属】 【職種】
(8) お子さんの通っている教育機関 (例 ○○保育所、□小学校)	