

申込書記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

PRISM 生活支援・ソーシャルスキルコース 申込書															
(ふりがな) お子さんのお名前	()	性別													
ID番号 (診察券番号)															
生年月日	H_____年_____月_____日 (_____歳)														
学校・通園施設 (当てはまる方は ○をつけて下さい⇒)	通園施設・学校 _____ (学年) 保育園・幼稚園 _____ 加配あり・普通学級・通級指導教室・特別支援クラス														
保護者のお名前															
電話番号	— —														
連絡先(メール・FAX)															
構造化された 支援/指導に関する セミナー受講経験	(有 ・ 無) ↓ <table border="1"> <thead> <tr> <th>受講日</th> <th>講師</th> <th>講演タイトル</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			受講日	講師	講演タイトル	年 月			年 月			年 月		
受講日	講師	講演タイトル													
年 月															
年 月															
年 月															
ご希望の日程 ※受講可能な□全てに✓をつけ、 ()に希望順位をお書き下さい。	<input type="checkbox"/> 水曜日 午前(10:30~) () <input type="checkbox"/> 水曜日 午後(15:00~) () <input type="checkbox"/> 木曜日 午前(10:30~) () <input type="checkbox"/> 木曜日 午後(15:00~) ()														
面接可能時間 ※可能な時間すべてに ✓をお願いします ※保護者様だけで お越し下さい。	<input type="checkbox"/> 4/26(水)10:00~ <input type="checkbox"/> 4/26(水)11:00~ <input type="checkbox"/> 4/26(水)13:30~ <input type="checkbox"/> 4/26(水)14:30~	<input type="checkbox"/> 4/27(木)10:00~ <input type="checkbox"/> 4/27(木)11:00~ <input type="checkbox"/> 4/28(金)10:00~ <input type="checkbox"/> 4/28(金)11:00~	<input type="checkbox"/> 5/ 1(月)10:00~ <input type="checkbox"/> 5/ 1(月)11:00~ <input type="checkbox"/> 5/ 1(月)13:30~ <input type="checkbox"/> 5/ 1(月)14:30~ <input type="checkbox"/> 5/ 2(火)10:00~												

申し込み締め切り：2017年4月21日(金) 当院必着

ご家族の希望

このプログラムに参加されるにあたって

A. お子さんについてどのようなことを希望されていますか？

B. 保護者ご自身としては、どのようなことを希望されていますか？

生活支援・ソーシャルスキルコース受講にあたって

生活支援・ソーシャルスキルコースは、お子さんが指示待ちになることなく、自分に対して周囲が何を期待しているのかを知って、見通しを持って自発的に活動に取り組み、達成感を持って活動できることを目指します。この目標を達成するために、お子さんにはどのような支援の方法が適しているのかを知ることがスタッフと保護者の目標となります。

当コースでスタッフと保護者が知ることのできたお子さんに適した支援方法を、ご家庭や学校その他お子さんの生活する様々な場面で使えるように、ご家族と協力して取り組んでいきたいと考えています。そのためには、お子さんと同居されている成人のご家族全員が、PRISMの支援方針に同意し、ご家庭でも一緒に取り組みをしていくことに同意していただく必要があります。

また、コースを行っている最中の様子をビデオに録画して、コースの最後に報告書と共にご家族にお渡しする予定です。お子さんに対してより良い支援ができるよう、そのビデオを外部の専門家に見せてアドバイスを求める機会があるかもしれませんので、録画ビデオの取り扱いについても以下の項目をご覧くださいの上チェックをお願い致します。

受講同意書

ロイヤルベルクリニック PRISM
医師 早川星朗 殿

私たちは、PRISM生活支援・ソーシャルスキルコースの申し込みにあたり、下記の内容に同意します。

- 1 コースでわかった支援方法について、PRISMでの取り組みをもとに家庭でも実践していくこと。
- 2 コース中の様子をビデオ録画すること

※下記のいずれかに✓をお願いします

- クリニック内の使用に限定してほしい
外部の専門家に見せても構わない

記入日	平成	年	月	日
お子さんのお名前				
お子さんと同居している成人のご家族 ご署名 (自筆)	お名前		続柄	

※記名欄が足りない場合は裏面をお使いください