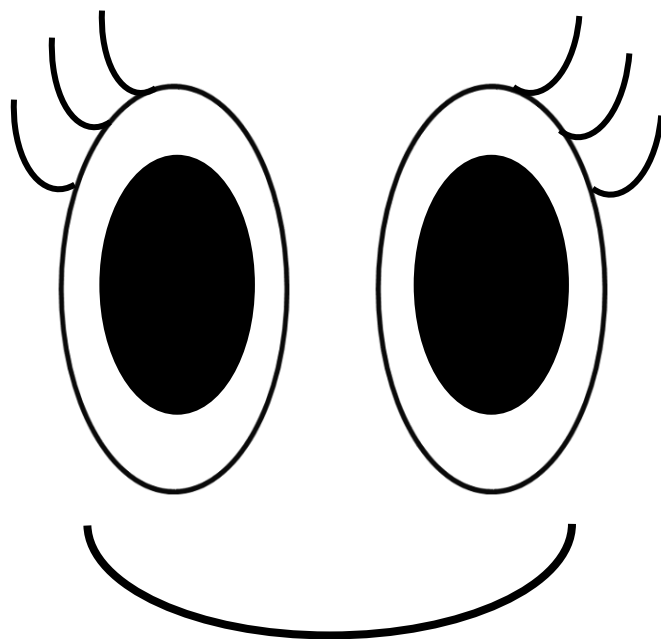


せんぱいままとの こそだて べんきょうかい

令和7年度

コミュニケーションは、ことばだけではありません！視覚で入る方法を学んで、子育てを楽しみに！！そして、お子さんの豊かな生活につなげましょう！



伝え合う方法は
言葉だけじゃない♡



一人で悩まず集まりましょう！視覚支援はきっと役立ちますよ！やってみようと思う方は、裏面へ

【日時・場所・対象など】

月/日	① 5/16	② 6/20	③ 7/11	④ 9/19	⑤ 10/24
	⑥ 11/21	⑦ 12/19	⑧ 1/16	⑨ 2/20	⑩ 3/6
時間等	9:45~11:45 (全10回)				
会場	ほしらんどくだまつ2階 交流室5A・5B				
対象	お子さん(概ね2歳半以上)との意思疎通や関わり方に悩んでおられる保護者の方 および 視覚支援に関心のある方 20名程度				
内容	子育ての基本と視覚で支援する手法を幼児期・学齢期を中心に学ぶ。 (DVD視聴・先輩ママの体験談・支援ツール活用例紹介等)				
流れ	自由トーク→視覚支援の勉強(DVD視聴等)・先輩ママ体験談→質疑応答(相談含) →終了(適宜変更有)				
スタッフ	視覚支援を学んでいるお母さま方(あじさい勉強会)、市職員など 子守り(下松市更生保護女性会)もいたします。事前にご相談ください。				
申込方法	5月9日(金)迄に下記項目をご記入の上お申込みください。(電話可) ※定員に満たない場合、随時新規参加者を受け付けます。				

★参加申込みを以て、市が認める先輩ママ等と以下の記載事項の情報を共有することに同意を得たものとします。

(お申込みの際、お聞きしたいこと)

1.	参加者のお名前・性別・生年月日・年齢	ふりがな お名前	性別 男・女	生年月日 S・H	年齢 歳
2.	参加の動機 (ア、イのいずれかに○)	ア.お子さんとのコミュニケーション・関わり方に悩んでいる。		イ.該当の子どもはいないが、視覚支援に関心がある。	
3.	上記2.の参加の動機ごとに、右欄(↓の欄)をお答えください。	お子さんのお名前(ふりがな) ()	性別 男・女	具体的に ↓	
		生年月日	年齢	資格・職業など差支えない範囲で	
		H・R	歳 か月		
4.	上記2.で、ア.とお答えされた方のみ、右欄をお答えください。	お子さんとのコミュニケーション・関わり方で悩んでいること			
5.	連絡先(住所・電話等)	市 ☎ (自宅・勤務先・携帯) Email @			
6.	視覚支援の経験	なし・あり ()			
7.	お知りになったきっかけは?	チラシ・友達・関係機関・育児相談・健診・その他()			
8.	子守り希望	なし・あり【 上記3.のお子さん ・ 兄姉()歳 ・ 弟妹()歳 】			

申込み・問合せ先 下松市障害福祉課障害福祉係 ☎ 0833-45-1835 / FAX 0833-41-6220
メール shougaifukushi@city.kudamatsu.lg.jp

駐車場が満車の際は、市役所または市民体育館第2駐車場をご利用ください。