

平成27年度公認障がい者スポーツ指導員スキルアップ研修会開催要項

1 目的

障害のある人々の健康増進やスポーツ・レクリエーションの普及や障害者スポーツ振興を図るために、公認障がい者スポーツ指導員等のスキルアップに寄与できる研修会を開催する。

2 主催 (一社) 山口県障害者スポーツ協会

3 共催 山口県障がい者スポーツ指導者協議会、山口県スポーツ指導者協議会

4 後援 (公財) 日本障がい者スポーツ協会、山口県、山口県教育委員会、(公財) 山口県体育協会、中・四国ブロック障がい者スポーツ指導者協議会

5 開催場所 (両日とも)

ホテルかめ福2階(紅梅の間) <〒753-0056 山口市湯田温泉4-5 TEL 083-922-7000>

6 開催期日

平成28年 1月16日(土) 午後 1時00分から午後5時00分まで
～ 1月17日(日) 午前 9時50分から午後4時00分まで

7 研修内容

- ・ 基調講演 「2020東京パラリンピック競技大会と日本障がい者スポーツ協会
2020・2030ビジョンの具体的施策・アクションプランの進捗」
- ・ シンポジウム 「東京パラリンピックへの取り組みと地域スポーツ振興の環境づくり」
～地域での障害者スポーツ振興の環境づくり～
- ・ 講義・演習 分科会1「コンディショニングを高めるテーピング」
及び実技 分科会2「自己のパフォーマンスを高めるメンタルトレーニング」
分科会3「リスクマネジメント～事故が起きないためには？起きて
しまったら？」

8 参加対象者

- (1) 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会公認障がい者スポーツ指導員資格取得者。
- (2) 障害者スポーツ人材バンク(山口県障害者スポーツ協会登録者)
- (3) 特別支援教育を担当している学校職員及び保健福祉施設等でスポーツ担当職員等
- (4) 公益財団法人日本体育協会スポーツ指導員
- (5) 主催者及び共催者が参加を認めた者

9 定員 基調講演・シンポ 200名 (17日) 講義・実技等 各50名

※ 定員を超えた場合には選考する場合があります。

10 申込方法

申込書(別紙様式-1及び2)に必要な事項を記入の上、平成27年 12月11日(金)までに申し込むこと(HPからダウンロードできます)(FAX可)。

※ FAX又はメールでの申し込みも受け付けますが、着信の確認をお願いします。

11 備考

- ・ 受講に際し、必要な介護者や支援者は各自で手配願います。(手話通訳、要約筆記を含む)
- ・ 17日(日)のテーピング部会(テープ代2,000円)、メンタル部会(用紙代1,000円)に参加される場合は、料金が必要になります。
- ・ 傷害保険に加入するが、受講中の事故等に対しては、主催者側で応急処置のみとし、その責任は負いません。
- ・ 受講中の服装は問いませんが、実技にはスポーツウエア、タオル、シューズ(運動用)等の服装が便利と思いますのでご用意ください。

13 申込先 一般社団法人山口県障害者スポーツ協会(担当者:三枝啓巳)

〒753-0072 山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館4階

TEL 083-901-4065 FAX 083-901-4064

E-mail:webmaster@syospo-yamaguchi.jp

<http://syospo-yamaguchi.jp>

受講申込書1(基調講演・シンポジウム)

講習会名	平成27年度公認障がい者スポーツ指導員スキルアップ研修会			
ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	(西暦) 年 月 日生	歳
現住所	〒 - TEL () - FAX () -			
勤務先・学校 機関・団体等 名称				
勤務先・学校 機関・団体等 所在地	〒 - TEL () - FAX () -			

障害の有無	有・無	障害の 種類	該当を○で囲んでください					
			肢体	視覚	聴覚	内部	知的	精神
補装具等	受講時に使用する補装具等をご記入ください (例: 車椅子、電動車椅子、両松葉杖等)							

受講の動機	
-------	--

登録番号 ・日障協 ・日体協 (○つける)	資格名	登録番号
	資格名	登録番号

備考	1 懇親会の希望 (有・無) 希望者は○を付けてください 2 昼食の希望 (有・無) 希望者は○を付けてください
----	---

注) ・ 受講に際し、特別な配慮が必要な場合には、その内容を備考欄にご記入ください。

・ 学生の方は学校名の欄に(学生)と明記してください。

・ 準備等の都合がありますので平成27年12月11日(金)までに申込ください。

※ 上記の情報は、公認障害者スポーツ指導員スキルアップ研修会に関する目的のみに使用させていただきます。

受講申込書 2 (テーピング・メンタルトレ・リスクマネ)

希望の部会に○つける

講習会名	平成27年度公認障がい者スポーツ指導員スキルアップ研修会			
ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	(西暦) 年 月 日生	歳
現住所	〒 - TEL () - FAX () -			
勤務先・学校 機関・団体等 名称				
勤務先・学校 機関・団体等 所在地	〒 - TEL () - FAX () -			

障害の有無	有 ・ 無	障害の 種類	該当を○で囲んでください					
			肢体	視覚	聴覚	内部	知的	精神
補装具等	受講時に使用する補装具等をご記入ください (例：車椅子、電動車椅子、両松葉杖等)							

受講の動機	
-------	--

登録番号 (日障協) (日体協)	資格名	登録番号
	資格名	登録番号

備考	昼食の希望 (有 ・ 無) 希望者は○を付けてください
----	-------------------------------

- 注) ・ 受講に際し、特別な配慮が必要な場合には、その内容を備考欄にご記入ください。
 ・ 学生の方は学校名の欄に(学生)と明記してください。
 ・ 準備等の都合がありますので平成27年12月11日(金)までに申込ください。

※ 上記の情報は、公認障害者スポーツ指導員スキルアップ研修会に関する目的のみに使用させていただきます。