

平成 29 年度ステップアップ研修会（2）開催要項

「障がい特性の理解とスポーツ支援上の留意点を学ぶ」

～ 視覚障がい者とスポーツ ～

1. 目的 本研修会は、障がい者スポーツ指導者が「障がいの種類と程度に応じた」支援を行ううえで必須事項である「障がい特性の理解」と「スポーツ支援上の留意点」について専門的な知識を学び、今後の指導・支援場面での実践に活かすことを目的に開催します。
2. 主催 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会
3. 主管 障がい者スポーツ指導者協議会 指導部会
4. 後援 社会福祉法人名古屋市総合リハビリテーション事業団
5. 協力 名古屋市障害者スポーツセンター
名古屋市障がい者スポーツ指導者協議会
愛知県障害者スポーツ指導者協議会
障がい者スポーツ指導者協議会 中部東海ブロック
6. 日程 平成 30 年 1 月 28 日（日）10:15～16:00（受付開始 9:45～）
7. 会場 名古屋市障害者スポーツセンター 会議室・体育室
〒461-0055 愛知県名古屋市名東区勢子坊 2-1501
TEL : 052-703-6633 FAX : 052-704-8370
8. 内容 **視覚障がい者に対する運動・スポーツの指導とフィードバック**

講師：細川 健一郎 氏（ひょうご障害者スポーツ指導者協議会）

第 1 部 座学 10 : 30～12 : 30

第 2 部 実技 13 : 30～15 : 30

視覚障がい者のスポーツの活動の支援を、長年ご尽力されている細川先生より、「障がい特性」および「指導方法(指導上の留意点)」についてお話しいただくとともに、視覚障がい者へのスポーツ指導時に必須といえる「フィードバック」の方法（言葉や音で伝える、触れて確認することの重要性）について実技・体験も含めながら学んでいきます。また、講義の中で、全国障害者スポーツ大会における障害区分の改訂についても触れていきます。

※本研修内容には実技が含まれます。ウェア、屋内用シューズ、タオルなどを必ずご準備ください。

9. 参加対象 本協会公認指導者(障がい者スポーツ指導員(初・中・上級)、障がい者スポーツコーチ、障がい者スポーツ医、障がい者スポーツトレーナー)、その他
10. 定員 40名(定員を超えた場合は抽選を行います)
※参加の決定につきましては、12月末に文書でお知らせいたします。
11. 参加料 公認指導者：3,000円 その他：5,000円 ※当日受付にてお支払いください。

12. 申込み・問合せ

所定の受講申込書に記入のうえ、下記あて先まで郵送またはメールで申込みを行なう(FAXは不可)。
 ※メールでの申込みをされる方は必ずExcel形式でお送りください。
 ※メール申込は、申込後5日以内に事務局より受信確認のメールを送ります。メールが届かない場合はご連絡ください。
 ※メール件名を「H29年度ステップアップ研修会(2)申込み」としてお送りください。

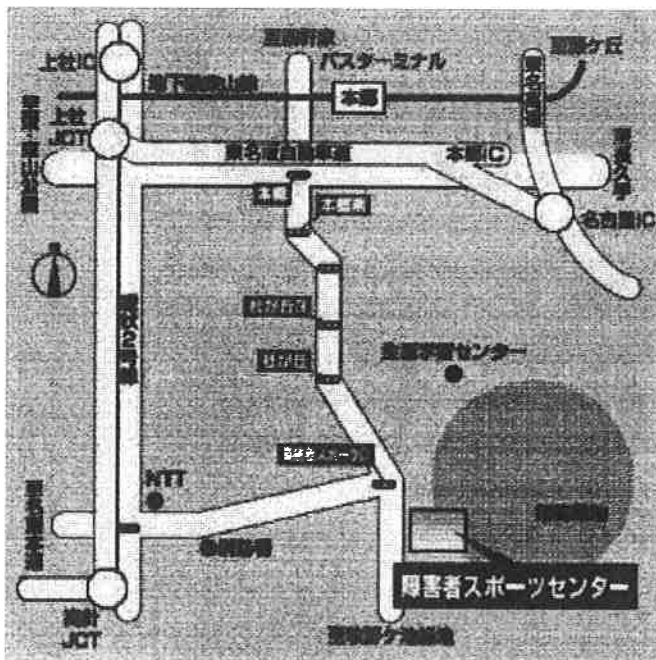
申込期間：平成29年11月30日(木)～12月20日(水) <必着>

◆申込み・問合せ先：公益財団法人日本障がい者スポーツ協会 スポーツ推進部 山下
 〒103-0014 東京都中央区日本橋蛸殻町2-13-6 ユニゾ水天宮ビル3F
 TEL：(部直通)03-5695-5420 FAX：03-5641-1213
 E-mail：koshu-entry@jsad.or.jp

13. その他
- ・本研修会は、障がい者スポーツ医の資格更新条件の指定研修会となります。
 - ・本研修会は、公益財団法人日本体育協会公認スポーツ指導者の資格更新の義務研修となります。ただし、資格によってはあてはまらない場合もあります。詳細は日本体育協会HPをご確認ください。
- <http://www.japan-sports.or.jp/coach/tabid/233/Default.aspx>

14. 会場案内

○名古屋市障害者スポーツセンター (<http://www.nagoya-rehab.or.jp/sports/>)



■公共交通機関の利用について

- 1) 地下鉄東山線藤ヶ丘行で「本郷」駅下車
- 2) 駅前から市バス「幹本郷1 猪高緑地」「幹本郷1 地下鉄平針」行に乗車
- 3) 「障害者スポーツセンター」下車

<http://www.nagoya-rehab.or.jp/sports/access/index.html> より参照

平成29年度 ステップアップ研修会（2）参加申込書

ふりがな			性別	生年月日		
氏名			男 ・ 女	西暦	年	月 日生
					歳	
取得資格 (該当に○)	指導員 (初級 ・ 中級 ・ 上級) コーチ ・ トレーナー ・ 医 その他 ()		登録番号			
学校名 勤務先名	学校名 (申込者が学生の場合)		勤務先名 (送付が勤務先の場合)			
送付先住所 TEL・FAX	〒					
	※記載の住所は 現住所 ・ 勤務先 です。					
	TEL : ()		FAX : ()			
メールアドレス						
障がいの有無	有 ・ 無	障がい名				
車椅子使用	有 ・ 無		手話通訳	必要 ・ 不要		
指導者としての 主な活動内容	※例) 2017年全国障害者スポーツ大会帯同、週1回地域の体育館でスポーツ教室を実施など					
研修を通じて 学びたいこと						
備 考						

※上記の個人情報は、本研修会関係資料の送付および本事業を実施する際に利用させていただきます。

<記入上の注意>

1. 資格の取得状況を再度確認してください。不明の場合は、ご連絡ください。
2. 学生は学校名を、文書の送付を勤務先へ希望される方は勤務先を必ずご記入ください。
3. 主催者へ連絡事項等があれば備考欄に記載してください。