**令和元年度 第１回**

**千葉市かかりつけ医等発達障害対応力向上研修**

発達障害の一つである自閉症スペクトラム特性のある成人は10人に１人、発達障害のある児童は６人に１人といわれています。身近な医療機関での日常的な診療では、受診された方の発達　　障害に気づき、必要に応じて専門機関につなげ、早期支援に結び付けることが求められています。

そこで、発達障害の基本的な知識と対応スキルの獲得を目的とした「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を、千葉市医師会発達障害支援研究会の協力のもとに、平成30年度より年２回開催しています。

対象は、市内で勤務または開業している医師、医師以外の医療従事者（看護師、受付職員など）です。同一医療機関で複数の参加も可能です。なお、第２回の研修は令和２年１月～２月に開催予定です。

つきましては、貴所属において周知のうえ、ご参加いただきますよう、よろしくお願いします。

**日　　時　　令和元年７月１１日（木）１９：１５～２１：１５（１２０分）**

**会　　場　　千葉市役所８階　正庁（１階の正面玄関及び国道側入口を開けます。）**

**講　　師　　千葉市桜木園　　柿沼　宏明　園長**

**大塚クリニック　森本　志保　医師**

**研修内容　　思春期から成人までの事例に対して、グループワークを通して、**

**発達障害の気づきのポイント、日常診療で対応するときのコツや注意、**

**専門医に紹介するタイミングを理解します。**

**申込締切　　令和元年６月１７日（月）まで**

**駐車場　　市役所の駐車場をご利用ください。**

**駐車券を会場にお持ちいただきますと、無料にできます。**

下記の申込先まで、メールまたはＦＡＸ（裏面）にて、お申し込みください。

申込方法

**定員：１００名**（定員になり次第、締め切ります。）

①件名：研修名　②氏名　③医療機関名　④診療科名（ある場合）⑤職種　⑥発達障害



の診察や対応に関する経験の有無　⑦経験ありの場合の主な対象者（子ども・大人）

⑧連絡先（電話番号）

**千葉市保健福祉局高齢障害部**

申込先

**障害者自立支援課　企画班**



**①メールアドレス**

[**shogaijiritsu.HWS@city.chiba.lg.jp**](mailto:shogaijiritsu.HWS@city.chiba.lg.jp?subject=平成３０年度第１回千葉市かかりつけ医等発達障害対応力向上研修)

**②ＦＡＸ　０４３（２４５）５５４９**

**電　話　０４３（２４５）５１７５**

問合先

**令和元年度 第１回 千葉市かかりつけ医等発達障害対応力向上研修　申込書**

**ＦＡＸ　０４３（２４５）５５４９**

**千葉市障害者自立支援課 企画班　研修担当 行**

**※ 提出期限　　令和元年６月１７日(月)**

**※ FAXにてお申込みの場合、送信票は不要です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 連絡先（電話番号） |  | | |
|  |  |  |  |
|  | **申込者①** | **申込者②** | **申込者③** |
| フ リ ガ ナ |  |  |  |
| 氏　　　名 |  |  |  |
| 診療科名  （ある場合） |  |  |  |
| 職　　　種 |  |  |  |
| 発達障害の診察や  対応に関する経験 | □経験あり □経験なし □その他 (　　　　　 　　 ) | □経験あり □経験なし □その他 (　　　　　 　　 ) | □経験あり □経験なし □その他 (　　　　　 　　 ) |
| 上記で経験ありの場合、  主な対象者 | □主に子ども □主に大人 □その他 (　　　　　　　 ) | □主に子ども □主に大人 □その他 (　　　　　　　 ) | □主に子ども □主に大人 □その他 (　　　　　　　 ) |

**＜お願い＞**

**氏名は修了証書を発行する際に使用しますので、正確に丁寧にご記入ください。**