

# 親子ふれあいキャンプ参加申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ平成29年11月5日までに、

大阪自閉スペクトラム症協会事務局Emailか、郵送またはFAXでお送り下さい。

申込日：

ふりがな 氏名		年齢	歳	性別	男・女
連絡先	住所(〒 - )				
	電話		携帯(PHS)		
	E-mail				
子どもの名前					
子どもの 年齢、性別 手帳 所属 言っておきたいこと	年齢 手帳 ( 所属	歳 療育手帳 級)	性別 (A・B1・B2)	精神手帳	男・女
<言っておきたいこと>					

申し込み後、会費15000円を11月15日までに(一般社団法人)大阪自閉スペクトラム症協会  
郵貯銀行 口座 00940-7-322350 に振込してください。  
よろしくお願いいたします。

## 申込用紙送付先

〒532-0023 大阪市淀川区十三東2-5-15-403 大阪自閉スペクトラム症協会事務局  
FAX:06-4862-4158 Email: [jas-os@nifty.com](mailto:jas-os@nifty.com)

# 自閉スペクトラム症の 「親子ふれあい」

## \*\*\*\*\*キャンプ(宿泊)\*\*\*\*\*

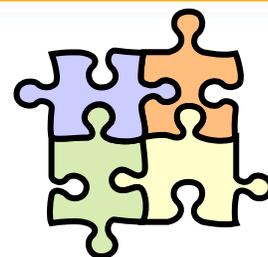
～「家族支援」をとおして～

参加料・  
15000円

- [ 日時 ] 11月18日(土) PM13:00集合  
11月19日(日) PM12:00解散
- [ 会場 ] アミティー舞洲(06-6465-8210)
- [ 参加資格 ] 小学生以上の親子 (先着30名)

- 11月18日(土)  
オリエンテーション  
\* 親 勉強会  
(精神医師服部祥子先生)  
\* 「支援の在り方」  
子どもたち アリーナーで  
\* 音楽療法士 小谷幹子先生  
「楽しくリズム体操」

- 11月19日(日)  
\* 親子交流  
\* 解散  
\* 主催(一法)日本自閉症協会  
共催(一法)大阪自閉スペクトラム症協会



平成29年度国庫補助金事業

お申込み  
お問い合わせ  
大阪自閉スペクトラム症協会

TEL

06-4862-4144 (平日:10:00~1600)

URL

<http://autism-osaka.org>

MAIL

[Jas-os@nifty.com](mailto:Jas-os@nifty.com)

## 「親子ふれあいキャンプ」実施計画 (案)



- 1 日 時 平成 29 年 11 月 18 日 (土) 午後 1 時 30 分 (現地集合) ~  
11 月 19 日 (日) 午後 12 時 (現地解散)
- 2 場 所 舞洲スポーツセンター  
〒554-0041 大阪府大阪市此花区北港白津 2 丁目 1-4 6 ☎06-6465-8200
- 3 対 象 小学生以上の親子参加 (15 組)
- 4 費 用 参加者一人 ¥15,000 円 (一泊二日)
- 5 日 程 ご本人 (保護者) には、別途視覚支援に配慮します

### 11 月 18 日 (土) ; 一日目



1 3 : 3 0 舞洲障がい者スポーツセンター集合



1 4 : 0 0 ~ オリエンテーション等



1 4 : 3 0 各自部屋へ移動。着替え等準備をして各会場へ移動



15:00～ (ご本人) ; アリーナでリトミック

講師：小谷 幹子先生 (音楽療法士)



(保護者) ; 研修室で研修に参加

講師：服部 祥子先生 (精神科医)

17:30～ 休憩 / 散策等



18:30～ 夕食

19:30～ 夜の集い



20:30～ 入浴等



22:00 就寝 / 消灯

11月19日(日) ; 二日目



6:30 起床 / 洗面など



7:30～ 朝食 (食堂)



8 : 3 0 ~ 休憩 / 荷物整理



9 : 0 0 ~ 散歩など



9 : 3 0 ~ レクリエーション

1 1 : 3 0 ~ 休憩と帰る準備

1 1 : 4 5 ロビーに集合し終わりの会

1 2 : 0 0 解散

## 6 当日までの役割分担

- 1) 全体進行
- 2) 開催案内と参加者の確定 / アンケート ※8月中に開催案内を出す予定で進める
- 3) 会計 (予算案と会計報告)
- 4) 準備物
- 5) 行事保険
- 6) ボランティア関係
- 7) 記録 (写真を含む) と報告
- 8) レクリエーションと景品等
- 9) 当日配布のしおりづくり
- 10) 安全対策等 (救急医薬品 / 医療機関等の確認)
- 11) 講師等対応 (看護師、ボランティアを含む)
- 12) その他