

# 「成人期の発達障がいのある方の支援」 ～医療からみた就労と継続に向けて～

平成30年度より、法定雇用率の算定基準に精神障がい者が含まれるようになりました。現在発達障がいのある方（知的障がいのない方）で生活上困難がある方は、精神障害者保健福祉手帳の取得が可能となっております。しかし発達障がいのある方のつまづきは、職場採用に関するだけでなく、継続して仕事を続けることの難しさにもあります。本講演会では、なかにわメンタルクリニック院長「中庭洋一」氏をお招きし、成人期の発達障がいのある方の医療の立場からみた就労における支援に向けて、講演いただきます。本講演会が、地域で暮らす発達障がいのある方の理解と支援につながっていければ幸いです。



講師 中庭洋一 氏

〈経歴〉 1985年 福岡大学医学部卒業 同年福岡病院入局  
1986年 福岡大学精神科入局  
1989年 鹿児島県伊敷病院  
1990年 福岡大学病院助手  
1996年 なかにわメンタルクリニック開業

〈役職〉 福岡市精神科医会理事  
日本児童青年精神科診療所連絡協議会理事  
九州児童精神科医学懇話会会長  
九州自閉症研究協議会代表世話人  
社会福祉法人葦の家評議員 ほか

開催日 :平成30年12月22日(土)

時間 :受付 18:00

:講演会 18:30～20:30

場所 :やつしろハーモニーホール

〒866-0854 八代市新町5-20

☎0965-53-0033

**参加費無料**

**どなたでも参加できます**

※事前にお申し込みください

(裏面参照)

※当日、駐車場の混雑が予想されますので、乗り合わせまたは公共交通機関のご利用をお願いいたします。

# 熊本県・熊本市連携 発達障がいに関する講演会 参加申込書

## 熊本県南部発達障がい者支援センター わるつ

FAX:0965-32-8951(送信表不要)

お申込み期限:平成30年12月10日(月)

※申込欄が足りない場合、コピーしてご使用ください

お名前	お住まいの地域	電話番号	所属・団体等
ふりがな(必須) .....	市町村名		<input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
ふりがな(必須) .....	市町村名		<input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
ふりがな(必須) .....	市町村名		<input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
ふりがな(必須) .....	市町村名		<input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 (                      )

(備考欄1)親子席、別室聴講を希望される場合は、  
○をつけてください。

親子席を希望します (      )

別室聴講を希望します (      )

(備考欄2)パソコン要約筆記を希望される場合は、  
○をつけてください

パソコン要約筆記を希望します (      )

- お子さま同伴の方は、会場内に親子席(出入口近く)また別室にて聴講できる会場を準備しております。ご希望の場合は、上記にご記入頂くか、または事前にわるつまでご連絡ください。
- 申込多数の場合は、先着順とさせていただきます。お断りの場合のみご連絡をいたします。ご了承ください。(定員300名)
- お申込みでご記入いただいた個人情報は、この講演会に関してのみ使用し、他の目的では使用しません。
- 車椅子等の対応が必要な場合、事前にわるつまでお問い合わせください。
- FAXでのお申込みが難しい方は、電話・メールでも受け付けます。※下記参照

【問い合わせ先】熊本県南部発達障がい者支援センター わるつ  
 住所 :〒866-0811 熊本県八代市西片町1660(熊本県八代総合庁舎2階)  
 電話 :0965-62-8839/FAX:0965-32-8951  
 メール :wa-roots@seiryu-hikawa.com

