***ふぉりせ***プログラム2018 　主催：*ふぉりせ心理ストレス相談室*

**臨床動作法にふれる、学ぶ**

～***’こころのからだ’に働きかける***～

臨床動作法は人の動作という視点から意識と体を束ねるこころの活動に着目した、他に類を見ない心理援助法です。　それは従来の「分かる」こと中心の心理療法ではなく、「為す」ことを軸として展開され、課題への努力を通じてクライアントのリアリティに直接援助を届け回復をもたらします。

PTSDからの回復、教育・福祉・医療分野での適用、ストレスマネジメントなど、また海外でも言葉を越えた心理臨床の方法論として、多岐な分野で生かされています。臨床動作法に関心をお持ちでこころの健康育成・回復に携わる職種にある方及び学生のご参加をお待ちいたします。

また、周囲の方々にもご紹介いただければ幸いです。

【**通年研修2018】**

ロールプレイコースと臨床サポートコースの２コースを設け、通年で各10回にわたり開催いたします。

1.基礎コース：　午前（9:30～12:30）

初学者・初心者を対象とした対象としたコース。動作法とは？他の心理療法との違いについて、動作課題の体験を中心として、動作法の有効性を体験できるプログラムを作成し、多くの指導陣の下に

援助体験や見立て方の基本を習得します。

（基礎＜動作法体験＞コース）

2.臨床サポートコース：14:00～16:30

臨床で動作療法を実践している心理士を主な対象としたコース。参加者の実践を持ち寄り現場での課題選択やその活かし方の工夫・視点を点検し、自身の動作体験・動作援助を振り返り併せて臨床動作学と心理臨床の視点を研修します。

（グループスーパービジョンコース）

主　催　：ふぉりせ心理ストレス相談室
〒520-0835滋賀県大津市別保1丁目８－２０－５０８ Ｔｅｌ：080-9504-4624　　Ｆａｘ；077-533-4530

 ＪＲ石山駅（JR京都13分･JR大阪43分[新快速]）下車徒歩９分又は京阪大津線に乗換、次駅粟津駅下車歩４分

研修講師：　宮脇宏司(当相談室代表　臨床動作学講師・臨床動作士、臨床心理士)　他未定

開催場所: **アスニー山科（京都市生涯学習総合センター山科）**ラクト山科　Ｃ棟 ２階

（075）593-1515　　山科駅（ＪＲ・地下鉄・京阪）下車　徒歩3分

開催日時:（予定）基礎コース：午前9:30-12:30　　　臨床サポートコース：午後14:00-16:30

第１回 ４月22日（日）

 第２回 ５月20日（日）

 第３回　 ６月17日（日）

第４回 　７月15日（日）

 第５回 ８月26日（日）

第 ６回　 9月16日（日）

第 ７回 10月21日（日）

第 ８回 11月18日（日）

第 ９回 １月20日（日）

第10回 3月17日（日）

定 員 ：２０名程度　（各コース共）　　参加費：４２，０００円　（基礎コース、臨床サポートコース）、

※両コースを並修される方や遠距離から参加される方, 関西臨床動作学研究会会員、KSCD主催研修と並修される場合にも割引制度があります。　お問い合わせ下さい。

参加申し込み･お問い合わせ： 参加ご希望の方は、E-mail にて、

表題に「ふぉりせ通年研修2017申込」とお書きの上、記入いただいた申込書をPDF にして添付で送信いただくか、関西臨床動作学研究会ホームページからも申し込めます。

**e-mail: forelise.info@gmail.com**

https://www.kansai-dohsa.jp/ ふぉりせプログラムのタグから

申申込み締切り：３月末日　原則として申込み順に受け付けますが、研修コース等の調整のため参加の諾否については３月中に参加費の払い込み方法などと併せて御連絡いたします。

* 上記の研修機会は共に日本臨床動作学会が定める臨床動作学関連資格取得認定研修のための
ガイドラインに沿ったものです。また臨床心理士の研修機会認定を受けています。

ＦＡＸ送信先　ＦＡＸ：077-533-4530　事務局　宮脇宏司

|  |
| --- |
| **ふぉりせプログラム2018****通年研修　申込書** |

送信日　　月　　日

　**ふりがな**

**氏　　名** 　　**年齢　　　歳**

 **所　　属** **性別　男・女**

 **希望コース　基礎コース　・　□臨床サポートコース**

**職　　種　　□医師　□心理士　□教諭　□養護教諭　□その他　（臨床経験　　年）**

 **臨床動作士登録№　　　　　　臨床心理士登録№**

 　　　　　　 **□関西臨床動作法研究会会員　　□日本臨床動作学会会員　　□ＳＭＥ会員**

**これまでの臨床動作法経験（心理リハ含む）　＜□にレをおつけください＞**

　・臨床動作法に関する研修会への参加経験（　□あり　　　回　・　□なし　）

　　　→ありの場合主催団体名もしくは代表者名［　　　　　　　　　　　　　　　　］

 ・活動領域 ◇医療 ⇒ （　　　　　　　　）科

 ◇教育 ⇒ （　　　　　　　　）学校

 ◇福祉 ⇒ （　　　　　　　　）を対象とする施設

 ◇産業 ⇒ （　　　　　　　　）分野

 ◇司法 ⇒ （　　　　　　　　）

　・臨床動作法経験年数（　　　年）

　・臨床動作法を適用したケース数（　□０　□１～10　□11～20　□それ以上　）

　　　→主にどのようなクライエントに適用されましたか［　　　　　　　　　　　　］

　・本研修会で事例検討を希望するケースはありますか（　□あり　・　□なし　）

　　　→提出できるケースについてその演題（仮）［　　　　　　　　　　　　　　　］

今後の研修会の連絡先を記入ください。（希望連絡先に○印を付けてください）

□　自　宅／〒：　　　　－

　　　ご住所：

　　　ＴＥＬ：

　　　ＦＡＸ：

　　　Ｅ-mail：

□　勤務先／〒：　　　　－

　　　ご住所：

　　　ＴＥＬ：

　　　ＦＡＸ：

　　　Ｅ-mail：

いずれかに○記をつけてください。

 今後の研修会の連絡方法　（　ＦＡＸ　・　E-mail　）

 日本臨床動作学会員の紹介者がありましたら紹介者氏名