

平成27年度 公認中級障がい者スポーツ指導員養成講習会 開催要項

1. 目的 障がい者スポーツの振興を図り、その健康の維持増進に寄与するために、障がい者スポーツ指導について専門的知識と技術を身につけた指導者の養成を図ることを目的とする。
2. 主催 高知県障がい者スポーツ指導者協議会、高知県
3. 後援 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会
公益財団法人高知県体育協会
4. 協力 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 高知県立障害者スポーツセンター
5. 会場 高知県立障害者スポーツセンター
〒781-0313 高知県高知市春野町内ノ谷1-1
TEL:088-841-0021 FAX:088-841-0065
6. 期日 ①平成27年7月18日(土)～20日(月)
②平成27年9月19日(土)～21日(月)
③平成27年10月31日(土)、11月1日(日)
7. 受講対象者 公益財団法人日本障害者スポーツ協会公認初級障がい者スポーツ指導員資格所得後、2年以上経過している者で、かつ80時間以上の活動経験を有している者。

8. 講習内容

56時間以上の講義・実技をもって全過程終了とする

＜ 講 義 ＞		
①障害各論 ②補装具 ③文化としてのスポーツ ④身体の仕組み ⑤トレーニング論 ⑥発育・発達 ⑦救急処置法 ⑧スポーツ心理学 ⑨スポーツと栄養	⑩障がい者のスポーツ指導における留意点 ⑪全国障害者スポーツ大会の歴史と目的と意義 ⑫全国障害者スポーツ大会選手団の編成とコーチの役割 ⑬全国障害者スポーツ大会の実施競技 ⑭全国障害者スポーツ大会の障害区分 <th style="text-align: center;">＜ 実 技 ・ 演 習 ＞</th> ①全国障害者スポーツ大会競技の指導法と競技規則 ②最重度障害者のスポーツの実際	＜ 実 技 ・ 演 習 ＞

9. 定員 25名(定員を超えた場合には抽選とする)
10. 受講料 ①県内受講者 13,000円(テキスト及び保険代等含む)
②県外受講者 26,000円(テキスト及び保険代等含む)
11. 申込み 所定の申込書に障がい者スポーツ指導者手帳の活動実績証明全てのコピーを添えて(注1)、6月30日(火)必着で下記事務局まで郵送もしくはFAX、メールにて申し込むこと。なお、FAXで申し込む方は、着信の確認をしてください。(メールの方は受信後返信いたします)
〒781-0313 高知県高知市春野町内ノ谷1-1 高知県立障害者スポーツセンター内
高知県障がい者スポーツ指導者協議会 事務局宛(担当:小林順一)
TEL 088-841-0021 FAX 088-841-0065
メール koball@kochi-scfed.com

(注1)受講対象者は上記のとおり指導者手帳の活動実績証明(コピー)を必ず添付してください。

(注2)平成27年度公認障がい者スポーツ指導員登録証(コピー)を必ず添付してください。

12. 備考

- ①受講の可否は本人宛通知する。(カリキュラム日程等もあわせて通知します)
- ②講習会修了者には高知県障がい者スポーツ指導者協議会会長名の修了証を授与し、(公財)日本障がい者スポーツ協会公認中級スポーツ指導員資格の申請登録が可能になる。なお、申請には申請書及び調査書を提出し、申請・認定料 5,500円が必要となります。
- ③宿泊の必要な場合は各自で手配すること。
- ④講習中の事故等については自己責任とするが、主催者として傷害保険に加入する。
- ⑤受講申込者が10名に満たない場合は講習会を中止とします。

受付番号 _____

平成27年 月 日

高知県障がい者スポーツ指導者協議会
会 長 宮 地 彌 典 あて

平成27年度公認中級障がい者スポーツ指導員養成講習会
受 講 申 込

中級障がい者スポーツ指導員養成講習会を下記のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名		男 女	生 年 月 日	T ・ S ・ H	年 月 日生	歳
勤務先 (学校)						
勤務先 住所	〒					
電話番号	— —	FAX番号	— —			
自宅 住所	〒					
電話番号	— —	FAX番号	— —			
携帯番号	— —					
初級指導員登録月日				登録番号		
障害の有無	有・無	障害名			車椅子の使用	有・無
受講の動機(障害者スポーツとの関わりや今後やってみたいこと等も)						

必要事項に○をしてください。

昼 食 弁当の注文が必要な日に○をしてください。(7/18、7/19、7/20、9/19、9/20、9/21、10/30、11/1) 弁当1個600円