

## 令和5年度 弱視教育研修会 実施要項

- 1 主 催 兵庫県立視覚特別支援学校 支援部
- 2 趣 旨 弱視児童生徒に関わる教員の、弱視教育や弱視児童生徒についての理解を深め、情報交換・交流を行う。
- 3 実 施 日 令和5年 8月 3日 (木) 9:50~15:30
- 4 場 所 兵庫県立視覚特別支援学校 食堂  
〒655-0884 神戸市垂水区城が山4丁目2-1  
※山陽電車「滝の茶屋」下車 北西徒歩5分
- 5 対 象
- ・小中学校等に在籍する弱視児童・生徒に関わる教職員
  - ・弱視教育に関心のある教職員
  - ・本校教職員
- 6 日程・内容
- 9:30 受付開始
- 9:50 開会
- 10:00 講演 「視機能の発達と視覚支援(仮題)」  
講師 川端眼科院長 川端秀仁先生
- 12:00 視覚障害関連機器の展示・紹介  
昼食・休憩
- 13:00 体験活動 「弱視体験」
- 14:15 情報交換・交流会
- 15:15 閉会 ※閉会后、希望者に個別相談あり
- 7 申し込み 申込用紙(裏面)に必要事項を記入し、FAXで申し込む。  
申込先: 078-751-3254  
※切日: 7月 25日(火) 必着
- 8 問い合わせ 兵庫県立視覚特別支援学校 支援部  
担当者 榎岡 良啓 TEL: 078-751-3291
- 9 その他
- (1) 駐車場がありませんので、公共交通機関をご利用ください。
  - (2) 昼食は各自でご用意ください。
  - (3) 「弱視体験」を体育館で行います。  
体育館用の屋内シューズをご用意ください。

# 令和5年度 弱視教育研修会 参加申し込み書

令和 5 年 月 日

送信先	FAX : 078-751-3254 兵庫県立視覚特別支援学校 支援部 榎岡 良啓 行
件名	弱視教育研修会への参加について 実施日 令和 5 年 8 月 3 日 (木)
発信者	所属 : TEL :                   —                   — FAX :                   —                   —
参加希望者名	職名 : 名前 :
	職名 : 名前 :
	職名 : 名前 :

情報交換会で話題にしたい内容がありましたら、お書きください。

✕切日 7月25日 (火)