

カウンセリングに興味と関心をおもちの皆様へ

NPO法人愛知カウンセリング協会理事長
吉野 要

平成27年度 カウンセリング・ワークショップ

愛知カウンセリング研修会のご案内

さわやかな初夏の足音が近付いてくるのを感じる頃となりました。皆様には、地域、職場、学校などそれぞれの場でご活躍のことと思います。

さて、私たちは、子どもたちの”こころ”の奥底まで理解しなければ真の教育はできないという想いから、カウンセリングを学ぶ必要性を感じ、仲間とともに愛知カウンセリング協会を立ち上げて、活動を続けてきました。現在では、子どもたちだけではなく、より多くの方々を支援できることを願って、”NPO法人 愛知カウンセリング協会”として、活動の範囲を広げてきています。

今年度も、3泊4日のカウンセリング研修会（カウンセリング・ワークショップ）を計画いたしました。今まで参加された皆様から、「これでいいんだと、解放された気分になった。」「心が大変落ち着き、次に向かってゆっくり歩いていけそうです。」「自分の目的だった内面を見つめる作業ができた。」という声も届いています。多数の皆様に、ぜひご参加いただきますようご案内申し上げます。

記

- 主 催** NPO法人 愛知カウンセリング協会
- 後 援** 半田市教育委員会 岡崎市教育委員会
- 日 時** 平成27年8月9日（日）13:30～ 12日（水）15:00 3泊4日
- 会 場** あいち健康の森プラザホテル
〒470-2101 知多郡東浦町大字森岡字源吾山1番地の1
TEL 0562-82-0235
(JR大府駅から知多バスで10分。ホテルからも送迎バスを出す予定です。)
- 定 員** 宿泊 50名 通い 10名 程度
- 会 費**
宿泊会員 43,000円（生活費 16,500円、研修費 24,000円、運営費 2,500円）
通い会員 27,000円（生活費 500円、研修費 24,000円、運営費 2,500円）
*通いの方の食費は含んでいません。食事については、個人で対応してください。
(レストランで夕食を食べる場合は、予約が必要です。一食1500円かかります。)
- カウンセラー認定**
本協会にはカウンセラー認定制度があります。一定のカリキュラムを習得された方に認定しております。今回は提出されたレポートにより2単位認定します。詳しくは当日ご説明致します。
- 世 話 人**
吉野 要 本協会理事長 元金城学院大学教授 分析心理学研究室—お地蔵さん—室長
江口 昇勇 本協会副理事長 元日本福祉大学教授 江口心理相談室—室長
末武 康弘 日本カウンセリング・センター理事 法政大学教授
高橋 幸夫 高橋カウンセリング研究所主宰
稲葉 聡 本協会筆頭理事
渡辺 隆 本協会事務局長
*このほか、本協会役員及び正会員が担当いたします。

9 予定しているグループ

- ① カウンセリングの基礎 (主に初心者を対象としたグループ)
- ② ミニカウンセリング (カウンセリングの体験実習)
- ③ フォーカシング (カウンセリングの技法の一つフォーカシングの実習)
- ④ ベーシック・エンカウンターグループ (グループ体験をする)
- ⑤ ドリームワーク (夢を通しての自己探求)

* 上記のグループは、希望者数によって1～2グループ作ります。

* これ以外のグループも希望があれば当日相談いたします。

10 日程

			12:30	13:30	15:00	17:00	19:00	21:00
9日(日)			受付	全体会	研修1	夕食	研修2	自主研修
	7:30	9:00	12:00	13:30	17:00	19:00	21:00	
10日(月)	朝食	研修3	昼食	研修4	夕食	研修5	自主研修	
	7:30	9:00	12:00	13:30	17:00	19:00	21:00	
11日(火)	朝食	研修6	昼食	研修7	夕食	研修8	自主研修	
	7:30	9:00	12:00	13:00	15:00			
12日(水)	朝食	研修9	昼食	研修10	解散			

11 申込み

- (1) 参加申込書を郵送するか、内容をE-mailまたはFax等で、ワーク事務局に送付してください。受付をした方には入金のご案内をお送りします。
ワーク事務局 〒490-1105 あま市新居屋八島98番地 水野 美由貴
Tel & Fax 052-442-6858
メールアドレス miyukimizuno@hotmail.com
協会のホームページからも申し込みができます。 http://npoaica.com
- (2) 申込み締切り 7月25日……期限前でも定員になり次第、締め切らせていただきます。
- (3) 受付後は、会費を返却いたしかねます。(参加できないときは他の方に権利をお譲りください)
- (4) 現在、精神科に受診中の方は、主治医の承諾を受けてください。承諾のない方の参加をお断りする場合があります。

~~~~~ キ リ ト リ 線 ~~~~~

参 加 申 込 書

平成 27 年 月 日

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ (男・女) 宿 泊・通 い (どちらかに○を)  
(〒 ー )  
自宅住所 \_\_\_\_\_  
自宅電話または携帯 ( ) ー \_\_\_\_\_  
職業 (勤務先・在籍校など) \_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_

備考 (カウンセリングの学習経験など)

a 初めて参加します。[ ] b 参加経験があります。[ ]…… ( ) 回目です。]

c 上記グループで希望するグループ名、または上記以外で希望するグループ名  
[ ]

d カウンセラー資格取得を希望 [ ] します。 [ ] しません。]

e 通いで夕食を希望される方 [ ] 9日 [ ] 10日 [ ] 11日 ] を予約する。

※参加する時の交通手段 [ ] 自動車を利用 [ ] 送迎バスを利用]