

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 稲葉 聡

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

葉の緑もしだいに色濃くなってまいりました。皆様におかれましては、ご健勝のことと思います。皆様は、職場の臨床の場で、日常の人間関係の中で、もしくは家庭生活の中でカウンセリングを生かそうと研修を積まれてみえると思います。一方で、カウンセリングの研修の場を求めてみえる方もいらっしゃるのではないのでしょうか。この研修会では、「エンカウンターグループ」や「フォーカシング」、「ドリームワーク」といった生き方や人間関係を探求していく体験的な場をもちます。また、ミニカウンセリングという模擬カウンセリングを行うことで、カウンセリングの技法や姿勢を身につける研修もします。その他に参加者の方の希望に応じた研修も実施したいと思っています。皆様のご参加をお待ちしています。

### 記

- 1 主 催 NPO法人 愛知カウンセリング協会
- 2 後 援 岡崎市教育委員会 半田市教育委員会
- 3 日 時 2019年8月9日(金) 13:30 ~ 12日(月) 15:00 3泊4日
- 4 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。)

- 5 定 員 宿泊 30名 通い 10名 程度
- 6 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。

(本会場の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。)

- 7 世 話 人  
稲葉 聡 本協会理事長 カウンセリングルーム「暖談」主宰  
江口 昇勇 本協会副理事長 日本福祉大学教授 江口心理相談室一室長  
渡辺 隆 本協会筆頭理事 カウンセリングルーム「なべさん」主宰  
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  
高沢 佳司 本協会正会員 皇學館大学助教授  
大島 利伸 本協会理事 南山大学附属小学校  
柴野 佳子 本協会理事 半田市スクールカウンセラー、阿久比町教育相談センター相談員  
本協会役員及び正会員が担当いたします。なお、やむを得ない事情により、参加世話人が変更になる場合もありますので、ご了承ください。

- 8 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)

\* 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。

9 日 程

		12:30	13:30	15:00	17:00	19:00	21:00
9日(金)		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(土)	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(日)	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(月)	朝食	研修9	昼食	研修10	解散		

10 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、協会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。

協会事務局 〒462-0037 名古屋市北区志賀町1丁目13番地の1 水野 康樹  
 Tel & Fax 052-991-5604  
 090-3879-9887 へのショートメールでの申し込みも受け付けます  
 メールアドレス aichikan.kenshuu@gmail.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27日(土) ……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

2019年 月 日

ふりがな

氏 名

(男・女) 宿 泊・通 い (どちらかに○を)

(〒 — )

自宅住所

自宅電話または携帯 ( ) —

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 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 ]