



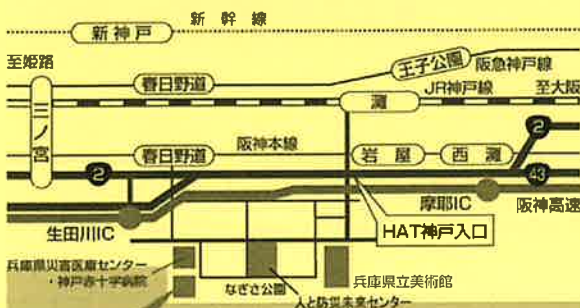
「グリーフケア講座」

～ 受講者募集のご案内～

人は、大切な人をなくした時、深い悲しみ、孤独や絶望などにおそわれ、心理的、身体的、社会的に、様々な影響を受けてしまいます。

このような死別による喪失とそれに伴う悲嘆（グリーフ）に関する理解を深める講座を開講します。

- 1 日 時 令和6年7月10日（水）から令和6年9月18日（水）までのうち7日間
- 2 主 催 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構
- 3 場 所 兵庫県こころのケアセンター 神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2 (下記地図のとおり)
- 4 講座内容 裏面をご覧ください。
- 5 対 象 兵庫県内に在住、在勤又は在学する方、悲嘆の理解に関心のある方
- 6 定 員 50名 (応募者多数の場合は抽選で受講生を決定します。)
- 7 受講料 6,000円 (受講決定通知とともに送付する振込用紙にてお支払いください。)
※ 受講料振込後にキャンセルされる場合は、講座開始日の1週間前までに限り、既に払い込まれた受講料を返金します。なお、返金に係る振込手数料は、辞退を申し出た方のご負担とさせていただきます。
- 8 申込方法 ①講座名 ②氏名・ふりがな ③郵便番号・住所 ④年齢(7月10日(講座開始日)時点) ⑤性別 ⑥電話番号 ⑦職業 ⑧受講の動機を明記のうえ、郵送(ハガキ可)・持参・FAX又はEメールで下記までお申し込みください。
※ お電話での申込みはできません。
※ 申込書に記入いただいた氏名、住所、受講動機等の個人情報は、次の目的以外には使用しません。
・ 当財団の事業のお知らせ ・ 本講座及び当財団の今後の事業の参考
- 9 申込先 〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2
(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構 兵庫県こころのケアセンター 事業部事業課
FAX: 078-200-3017 Eメール: jigyou556@j-hits.org
【講座内容の問い合わせ等】TEL: 078-200-3010 (日曜・月曜休館)
- 10 申込期限 令和6年6月11日(火) 17時(郵便・FAX・Eメールいずれも必着)
- 11 受講者の決定 令和6年6月21日(金)までに受講の可否について申込者全員に事務局から通知します。



兵庫県
こころのケアセンター

※ 受講の可否については、お電話等でのお問い合わせにはお答えできませんのでご了承ください。

6月21日までに通知文が到着しない場合のみ、6月22日以降にお問い合わせください。

【兵庫県こころのケアセンターへのアクセス】

- ★阪神電車「春日野道」駅東口から南へ徒歩約8分
- ★阪急電車「春日野道」駅から南へ徒歩約16分
- ★JR「灘」駅から南西へ徒歩約25分

※ 自家用車での来所はご遠慮ください。



令和6年度 グリーフケア講座 日程表

回数	月	日	曜日	時間	講座内容	講師予定者	
						所属・氏名	※敬称略
①	7	10	水	13:20 ～13:30	開講式、オリエンテーション		
				13:30 ～16:30	死別と悲嘆(グリーフ)を理解するために (導入講義)	兵庫県こころのケアセンター長 加藤 寛	
②	7	17	水	13:30 ～16:30	グリーフケアと死生観	浄土宗願生寺 住職 大河内 大博	
③	7	31	水	13:30 ～16:30	悲嘆について(総論)	関西学院大学 人間福祉学部人間科学科 教授 坂口 幸弘	
④	8	23	金	13:30 ～16:30	グリーフケアを提供する人のケア ～自分自身を大切にセルフケア～	福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座 准教授 瀬藤 乃理子	
⑤	8	30	金	13:30 ～16:30	心療内科医としての遺族支援	神戸赤十字病院 心療内科部長 村上 典子	
⑥	9	11	水	13:30 ～16:30	こどものグリーフケア	兵庫県こころのケアセンター 診療所長兼上席研究主幹 三宅 和佳子	
⑦	9	18	水	13:30 ～16:30	人生の中の悲しみを生き抜く力	上智大学グリーフケア研究所名誉所長 全人力を磨く研究所 理事長 高木 慶子	
				16:30 ～16:40	閉講式		

合計21時間(開講式・閉講式除く)

* 日程表の内容は、講師等の都合により変更することがありますので、あらかじめご了承願います。

《 令和6年度 グリーフケア講座 受講申込書 》

(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構 兵庫県こころのケアセンター 行

＜申込期限:令和6年6月11日(火)17時＞

郵送: 〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2 FAX: (078)200-3017 Eメール: jigyuu556@j-hits.org

講座名	グリーフケア講座		受講履歴	有 (年度) ・ 無		
ふりがな	_____					
氏名	_____					
住所	〒 (兵庫県外に在住の方は、兵庫県内の勤務先名・在学名及びその住所もお書きください。) 〒					
性別	男 ・ 女 ・ 回答しない	年齢	歳【7月10日(講座開始日)時点】			
電話番号(日中に連絡がつくもの)	_____		職業	_____		
予備の連絡先:FAX番号、Eメールアドレス等 (当該講座に関してご連絡する際に使用する場合があります。)						
受講の動機 (該当に○)	① 自分のため ② 家族のため ③ 地域活動で活かすため ④ 職場等仕事で活かすため					
	⑤ その他(_____)					
講座を知ったきっかけ (該当に○)	ホームページ 募集チラシ(入手した場所: _____) ダイレクトメール 新聞 その他(_____)					

* Eメールで申し込む場合は、必ず「件名」欄に「グリーフケア講座受講申込み」と記載してください。