成人中枢神経疾患患者へのボバースアプローチ上級講習会

|  |  |
| --- | --- |
| 期　間： | 2019年8月10日（土曜）～8月14日（水曜） |
| 講　師： | 渕 雅子（IBITA　上級講習会インストラクター、九州栄養福祉大学） |
| アシスタント： | 林 克樹（IBITA　基礎講習会インストラクター、誠愛リハビリテーション病院） |
| 主　催： | 誠愛リハビリテーション病院研修会 |
| テーマ： | 手の機能と課題遂行 |
| 対　象： | 日本ボバース研究会 B会員　（基礎講習会を修了している医師・PT・OT・ST 会員） |
| 受講費： | 86,400円　（消費税込・宿泊費、食費は含みません） |
| 定　員： | 20名　（申し込み多数の場合は選考の上決定） |
| 会　場： | 誠愛リハビリテーション病院 |
| 申込方法： | 受講申込は以下の方法でお願い致します。  下部の申込用紙を切り取り、必要事項をご記入の上、**基礎講習会の英文修了証コピー**を添えて下記の担当者宛に郵送して下さい。**尚、受講可否はメールにてお知らせいたします。**  必ず**携帯以外のメールアドレス**をご記入下さい。  **E-mailでの添付による申込および、FAXによる申込みは受付けておりませんのでご了承　　下さい。** |
| 申し込み先： | 【申込用紙送付先】  〒816-0956 福岡県大野城市南大利2-7-2  株式会社　三誠　　　　　担当　古川礼子　宛 |
| お問い合せ先： | 誠愛リハビリテーション病院　リハビリテーション部　坂口重樹 (PT)  TEL: 092-595-1151 |
| 申込締切り： | **2019年6月1日（土曜）　必着** |

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　　切　り　取　り　　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

**成人中枢神経疾患患者へのボバースアプローチ上級講習会　受講申込書**

申 込 日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | (ｾｲ) | (ﾒｲ) | |
| 氏　名 | (姓) | (名) | |
| ローマ字表記 | Mr. / Ms.　(名)　　　　　　　　　　　　（姓） | | |
| 職　種 | **□** PT　　**□** OT　　**□** ST　　**□** MD　（いずれかにチェックをして下さい） | | |
| 基礎講習会修了年月 | 西暦　　　　年　　月（受講施設：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所属施設 |  | 所属部署 |  |
| 所属住所 | (〒　　　　　　－　　　　　　　)  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX： | | |
| 自宅住所 | (〒　　　　　　－　　　　　　　)  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX： | | |
| 携帯電話番号 |  | | |
| E-mail（携帯以外） |  | | |