

脳性麻痺児への近代ボバース概念上級講習会のご案内

ボバースセラピストは個別のタイプや年齢に応じて遊びや玩具の課題を、あるいは身辺自立に必要な課題を選択し、その達成にセラピストとして姿勢制御促進課題と神経生理学的促進課題を吟味します。コロナ禍明け後、指導者グループが対面指導実戦で積み上げてきた4～5年の進化の実践とセオリを共有します。

日 程:	2025年9月22日(月)～2025年9月26日(金)
会 場:	社会医療法人大道会 ボバース記念病院 南館1階リハビリテーション室 (〒536-0023大阪府大阪市城東区東中浜1-6-5)
講 師:	山本 裕子(理学療法士 アジアボバース小児領域基礎講習会シニアインストラクター)
共同指導者:	紀伊 克昌(理学療法士 国際ボバースシニアインストラクター) 佐藤 邦洋(理学療法士 アジアボバース小児領域基礎講習会シニアインストラクター) 木瀬 憲司(作業療法士 アジアボバース小児領域基礎講習会 作業療法領域専任講師) 丹野 正幸(作業療法士 アジアボバース小児領域基礎講習会 作業療法領域専任講師)
受講費:	100,000円(宿泊費・食費は含みません)
定 員:	18名 ※申込者多数の場合は、選考の上、決定いたします。
対 象 者:	(一社)日本ボバース研究会 A会員 (小児領域基礎講習会を修了している医師・PT・OT・ST会員)
申込締切:	2025年 6月 6日 (金) 必着
主 催: 共 催:	特定非営利活動法人 アジア総合リハビリテーション研究所 社会医療法人大道会 ボバース記念病院
申込受付 問合せ先	以下の受講申込先までメールにて お申込みください 受講申し込み先: bobaken@omichikai.or.jp メール件名に「脳性麻痺児へのボバース概念上級講習会」申込み と明記してください。本文に以下の事項を記載してください ① 氏名(ふりがな) ② 性別 ③ 職種 ④ 基礎講習会修了年(西暦) ⑤ 小児経験年数 ⑥ 勤務先 ⑦ 勤務先住所 ⑧ 連絡先電話番号 ⑨ メールアドレス(職場での共有アドレスやdocomo、ezweb、Softbankなどのキャリアメールは不可) 講習会に関する連絡はメールで行います。添付ファイルを受け取ることができるアドレスをご記入ください。 ▶お申し込みのメールを受信後10日以内(土日祝除く)に申込受付完了メールを返信いたします。受付完了メールが届かない場合はお手数ですがご連絡ください。 ▶受講決定の連絡は申込受付締切後、1週間ほどでご連絡いたします。 <お問い合わせ先> 社会医療法人大道会 ボバース記念病院 講習会準備室 E-mail:bobaken@omichikai.or.jp