

## 2018 年度 ボバースアプローチ認定基礎講習会 募集要項

本講習会は、脳血管障害による成人片麻痺患者や、脳性麻痺児に対し、英国の Bobath 夫妻が、神経生理学を背景として発展させてきたボバースアプローチをもとに、成人の中枢神経疾患を背景とした方々への評価と治療を学ぶ講習会です。この講習会は、世界の講習会指導者で組織された IBITA(International Bobath Instructors Training Association) の規定に基づき開催され、講習会修了者には IBITA 公認の認定証が授与されます。

### <誠愛 A コース>

日 時 (前期) : 2018 年 7 月 9 日 (月曜) ~ 7 月 20 日 (金曜)  
日 時 (後期) : 2018 年 10 月 29 日 (月曜) ~ 11 月 2 日 (金曜)  
Course Leader : 林 克樹 (IBITA / Basic Course Instructor)  
Co Instructor : 坂口重樹 (IBITA / Basic Course Instructor)  
Co Instructor : 赤松泰典 (IBITA / Basic Course Instructor)

申し込み締め切り (A コース) : 2018 年 6 月 9 日 (土曜)

### <誠愛 B コース>

日 時 (前期) : 2018 年 10 月 1 日 (月曜) ~ 10 月 12 日 (金曜)  
日 時 (後期) : 2019 年 1 月 14 日 (月曜) ~ 1 月 18 日 (金曜)  
Course Leader : 赤松泰典 (IBITA / Basic Course Instructor)  
Co Instructor : 坂口重樹 (IBITA / Basic Course Instructor)  
Co Instructor : 林 克樹 (IBITA / Basic Course Instructor)

申し込み締め切り (B コース) : 2018 年 9 月 1 日 (土曜)

内 容 : [講義] 評価・治療概念、神経生理学的背景、正常運動、運動制御、片麻痺の作業療法  
口腔顔面の機能障害  
[実技] 基本的治療手技・正常運動分析・バランス反応の促通  
[デモンストレーション] 講師による患者の評価と治療

会 場 : 誠愛リハビリテーション病院 (<http://www.seiai-riha.com> で地図をご覧ください。)

受講費 : 162,000 円 (消費税込み、宿泊費、食費は含みません)

定 員 : 各コース 16 名 (申し込み多数の場合は、選考の上、決定致します)

受講対象者 : 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師  
(イントロダクトリーモジュールの受講が必要です)

申し込み方法：基礎講習会申込書（Aコース・Bコース共通）に希望コースなど必要事項を記入し、Introductory module の修了書のコピーを添えて、**下記の担当者**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。

郵送先及び問合せ先

〒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

E-Mail：sansei@seiai-riha.com

Tel：092-595-1151

2018年度 ポバースアプローチ認定基礎講習会 申込書  
(Aコース・Bコース共通)

Aコース コースリーダー：林 克樹  
期 間：2018年7月9日(月)～7月20日(金)  
2018年10月29日(月)～11月2日(金)

Bコース コースリーダー：赤松泰典  
期 間：2018年10月1日(月曜)～10月12日(金曜)  
2019年1月14日(月曜)～1月18日(金曜)

ふ り が な		写真(貼り付けてください)
氏 名		
ローマ字(Mr.・Ms)		
生 年 月 日	西暦 年 月 日( )歳	
職 種	PT ・ OT ・ ST ・ Dr.	
資 格 取 得 年 月 日	西暦 年(臨床経験 年目)	
勤 務 先 名		
所 属 部 署		
所 属 先 住 所	〒	
所 属 先 T E L		
自 宅 住 所	〒	
自 宅 T E L	自宅・携帯	
E - m a i l ア ド レ ス	職場・自宅 @	
受講希望のコース	Aコース ・ Bコース ・ どちらでも構わない	
受講希望の理由：		
.....		
.....		
.....		
Introductory Module 受講歴(受講したコースの□にチェックし、詳細を記入下さい)		
□ IM-1:(受講年 年 月、受講施設: )		
□ IM-2:(受講年 年 月、受講施設: )		
□ IM-3:(受講年 年 月、受講施設: )		
□ 受講予定:(受講年 年 月、受講施設: )		

上記の講習会受講を申し込みます。平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

## 記入の注意事項

- ① 受講希望のコースにつきましては、A コース希望、B コース希望、どちらでも構わないのいずれかに必ず○をつけて下さい。
- ② 電子メールアドレスにて講習会の連絡を致しますので、連絡可能なアドレスをご記入下さい。  
(携帯電話以外のアドレスでお願い致します)
- ③ Introductory Module 受講修了証のコピーを同封して下さい。
- ④ 提出時点で Introductory Module が未受講の場合は、Introductory Module 受講歴の欄に受講予定の日時・受講施設名を明記しておいて下さい。
- ⑤ 記入もれがありませんようご確認の上、送信して下さい。