

2018 年度成人ボバース概念に基づく成人中枢神経疾患に対する評価と治療

(認定基礎講習会)

日程：(前半) 平成 30 年 6 月 23 日土曜日～6 月 30 日土曜日

(後半) 平成 30 年 10 月 20 日土曜日～10 月 27 日土曜日

内容：講義 — 評価・治療の概念、神経生理学的背景、正常運動、環境適応計画、
上肢手機能・歩行機能

実技 — 基本的治療手技、姿勢・運動分析、中枢性姿勢制御機構及び選択運動の促通
デモンストレーション — 講師による患者治療

会場：医療法人芙蓉会 南草津病院

講師：土井鋭二郎 (IBITA アドバンスコースインストラクター)

受講費：162,000 (消費税込み、宿泊費・食費は含みません)

定員：10 名

対象者：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士で臨床経験 1 年以上の者

申込方法：受講申し込み・問い合わせは以下にご連絡ください。

E-Mail: e-doi@yotsuba-lcn.or.jp

申込用紙に必要事項をご記入の上、イントロダクトリーモジュール修了証コピーを同封し、以下の送付先まで郵送にてお申込みください。 イントロダクトリーモジュールをまだ受講されていない方は、受講予定もしくは、受講が決定しているコースを申込用紙に必ず記入してください。

※E-mail での添付、FAX による受講申込は受付けておりませんのでご了承ください。

申込用紙送付先：〒525-0059 滋賀県草津市野路 5 丁目 2 番 39 号

南草津病院リハビリテーション部 土井鋭二郎 宛

TEL: 077-562-0724

申込締め切り：2018 年 5 月 26 日土曜日必着

主催：南草津病院

共催：一般社団法人日本ボバース講習会講師会

2018年度ボバース概念に基づく成人中枢神経疾患講習会受講申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな

氏名：

ローマ字表記 Mr./Ms. (名)

(姓)

生年月日： 西暦 年 月 日

職種： PT OT ST

資格取得年：

経験年数：

所属施設：

所属部署：

所属先住所：郵便番号

(都道府県名より記入)

所属先電話：

所属先FAX：

E-mail address (添付ファイルの受け取れることができるアドレスをお願いします)

イントロダクトリーモジュール講習会受講歴 (受講年数、講師名、開催施設)

イントロダクトリーモジュール未受講の方は、受講予定もしくは受講決定しているコースを記入してください