

# 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	湊 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和 2-7-2  
 株式会社 三誠 担当 古川礼子 宛

お問い合わせ先： 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	(㊦)	(㊧)
氏 名	(姓)	(名)
ローマ字表記	Mr. / Ms. (名)	(姓)
職 種	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 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)		