

脳性麻痺を伴った子どもへのボバース・アプローチ リフレッシャー講習会の案内(コース修了者対象)

- 期日: 2014年 6月5日(木) 10:00 ~ 17:00
 6月6日(金) 9:00 ~ 17:00
 6月7日(土) 9:00 ~ 15:00
- 講師: 日浦 伸祐 (ボバース小児領域基礎講習会講師)
 永島 智里 (ボバース小児領域基礎講習会講師) その他。
- 会場: 森之宮病院 (大阪市) 主催: アジアボバース小児講習会講師会議 (ABPIA)
- 内容: 評価と治療の考え方(システム制御、臨床推論の考え方を中心に)
 移動活動(Locomotion)とリーチ活動(Reaching Activities)の分析と実践
 評価と治療のデモンストレーション。実技演習(基本ハンドリング 他)
治療実習(2日間予定)・・・こどもの治療を通して講義・実技を実践していきます。
- 対象: (社)日本ボバース研究会 A 会員(PT、OT)
- 定員: 12名程度
- 受講費: 30,000円
- 申込締切: 2014年 4月 30日(水)必着
- 申し込み方: 下記切り取り線以下を記入の上、小児領域基礎講習会の修了証のコピーと90円切手を貼付した返信宛名を書いた返信用封筒(長形3号: 120mm×235mm)を同封の上、郵便にて申し込んで下さい。
- 申し込み先: 〒536-0025 大阪市城東区森之宮 2丁目 1-88
 森之宮病院 リハビリテーション部 鳥瀬 義知 宛
- 問い合わせ: 06-6969-9689 (FAXのみ)

.....切り取り線.....

脳性麻痺を伴った子どもへのボバース・アプローチ・リフレッシャー講習会 2014年6月5~7日分 申込書

申し込み年月日	年	月	日
氏名(漢字)	(姓)	(名)	
シメイ(フリガナ)	(セイ)	(メイ)	
職種	(PT ・ OT ・ ST)	免許取得年度:	年度
基礎コース 修了年	年	開催地	東京・大阪・ その他()
勤務先名:		所属部署	
勤務先住所:	(〒 -)		
TEL:		FAX:	
自宅住所:	(〒 -)		
TEL:		FAX:	
e-mail:	(ファイル等の送付できるアドレスをお願いします)		

※ 基礎講習会修了証のコピーを必ず添付してください