

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	： 2017年8月11日(金曜)～8月15日(火曜)
講 師	： 瀧 雅子 (IBITA 上級講習会インストラクター、九州栄養福祉大学)
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	： 16 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

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と**

申込方法： **返信先を明記した返信用封筒(長形3号)に92円切手を添付し、事務局下記の担当者宛に**
郵送ください。

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。

【申込用紙送付先】

申し込み先： 〒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： 2017年5月26日(金曜) 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)		