

各位

平成 23 年 7 月 吉日
沖縄ボバース研究会
世話人 比嘉早苗
山内美和子

第 9 回沖縄ボバース研究会主催 研修会開催のご案内

拝啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度、沖縄ボバース研究会において研修会を下記の通り開催する運びとなりましたのでご案内申し上げます。今回、ボバース成人・小児基礎講習会インストラクターであります日浦伸祐先生をお招きし、成人、小児領域に関する講義、実技、デモンストレーションを行って頂く予定です。

つきましては、業務上多忙の折とは存じますが、奮ってご参加くださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. テーマ：「機能目標達成のための Core Control の役割と臨床的介入」
2. 講師：日浦 伸祐 先生 森之宮病院 理学療法士 ボバース成人・小児基礎講習会インストラクター
3. 日時：平成 23 年 10 月 22 日（土）14：00～18：00（受付 13：30）
10 月 23 日（日）9：00～15：00
4. 会場：大浜第二病院 2 階リハビリテーション室（住所：豊見城市字渡嘉敷 150 番地）
5. 定員：80 名（申し込み多数の場合には、選考の上決定いたします。）
6. 対象：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
7. 内容：講義、実技、デモンストレーション（成人・小児）
7. 受講申込み締切り：**平成 23 年 9 月 22 日（木）12：00 必着**
8. 受講費：7,000 円
9. 受講申込み方法
 - 1) 次の内容を明記の上、下記連絡先まで、FAX にて申し込みください。
記入内容：①氏名 ②所属 ③所属先住所 ④所属先電話番号・FAX 番号 ⑤代表者のメールアドレス（**携帯不可**） ⑥職種 ⑦経験年数 ⑧ボバース研究会会員有無（A 会員・B 会員・D 会員・無）
 - 2) 受講決定につきましては、締め切り後 1 週間以内にメールまたは FAX にてご連絡いたします。
 - 3) 受講費は、受講決定お知らせ後に口座振込みでお支払いして頂きます。
*振込先、口座番号は受講決定通知の際に掲載致します。

<申込み・問い合わせ先>

大浜第二病院 リハビリテーション科内

第 9 回沖縄ボバース研修会事務局 末吉恒一郎・新垣明利・長嶺元昭

住所：〒901-0215 豊見城市字渡嘉敷 150 番地 TEL：098-851-0103 FAX：098-851-0200

E-meil：[okibobath★yahoo.co.jp](mailto:okibobath@yahoo.co.jp)（★を@に直して送信下さい。）

FAX 送信状 (第 9 回 沖縄ボバース研修会受講申込み用紙)

送信先：大浜第二病院 リハビリテーション科内

第 9 回沖縄ボバース研修会事務局 理学療法士 末吉恒一郎・新垣明利・長嶺元昭 宛

(FAX 番号：098-851-0200)

代表者氏名： _____

施設名： _____

電話番号： _____

FAX 番号： _____

E-mail (携帯不可)： _____

氏名 ふりがな (ローマ字)	職種	経験年数	ボバース会員有無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無
			A・B・D・無

※申し込み締切：平成 23 年 9 月 22 日 (木) 12:00 厳守