

2014年ボバースアプローチ脳性麻痺8週間講習会 第24回東京コース要綱

1. 目的

本講習会は、脳性まひ児の神経発達学的アプローチを習得し、併せて関連分野の基礎知識を学ぶことを目的とする。

2. 講習期間

平成26年7月7日（月）～8月29日（金）

月曜日～金曜日 9:00～17:00、土曜日 9:00～12:30（17:00）予定

日曜は休み

3. 講習会場

心身障害児総合医療療育センター内 療育研修所

（住所：東京都板橋区小茂根1-1-10 電話：03-5965-1136）

なお一部実習は、順天堂大学附属順天堂医院 リハビリテーション科（東京都文京区）、東京小児療育病院（東京都武蔵村山市）にて実施予定

4. 内容

ロンドンボバースセンターの講義内容に準ずる講義・デモンストレーション・実技・治療実習等（前回の日程表を参考にしてください）

担当講師：紀伊克昌、金子断行、新保松雄、鈴木恒彦、鈴木真知子、松村伸次、中野尚子、野口和則、北原エリ子、丸森睦美、他

5. 経費

1) 受講費 315,000円（消費税15,000円を含む）

2) 宿泊費(個室) 1泊 3,675円（消費税175円を含む）

※消費税変更の場合は受講費、宿泊費の変更がございます。

6. 受講資格

PT・OT・ST および医師

7. 定員

24名

8. 申込方法

別紙（3）の申込書に必要事項を記入し、平成26年6月6日までにFAXまたは郵送で送付（定員に満たない場合は、締切り後も受付いたします）。

送付先：〒173-0037 東京都板橋区小茂根1-1-10
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
FAX：03-3959-7648

9. 宿 泊

療育研修所内の宿泊室（個室 17 室）をご利用いただけます。

宿泊室には、学習机、本棚、ベッド、洗面台があります。共用スペースには学習室、談話室、キッチン(簡単な自炊が可能)、トイレ、浴室、洗濯室（洗濯機・乾燥機それぞれ 70 分 200 円）があります。

※受講申込書の欄に、宿泊室の使用を希望されるか否かを必ず記入して下さい。
希望者が多い場合は、お受けできない場合があります。

10. 食 事

職員食堂、給食の対応はしておりませんので各自で用意して下さい。

昼食は弁当（400 円）の注文をお受けします。

ある程度の自炊可能な設備（冷蔵庫・電子レンジ・クッキングヒーター・湯茶等）はありますのでご自由にお使い下さい。

11. そ の 他

1) 期間中を通して受講出来ること。

2) 講習会初日 7 月 7 日（月）の受付は 午前 8 時 20 分より 8 時 50 分まで。

なお、宿泊される方で前日（7 月 6 日）に来所の方は 16 時～17 時までに到着のこと。
受付、及び 17 時より宿泊関係の説明をいたします。

3) 順 路

東京メトロ有楽町線・副都心線「小竹向原」駅下車。3 番出口より徒歩 10 分。

所要時間の目安は、羽田空港からは 120 分、東京駅からは 60 分。

尚、車 バイクでの来所はご遠慮下さい。

4) 携行品

- ・ 健康保険証、宿泊者は洗面具、タオル類、寝衣、生活消耗品（ティッシュ等）（宿泊に際して、石鹸・シャンプー・アイロン・ヘアードライヤー・目覚まし時計あり）
- ・ 屋内用履き物（実習室は靴を脱いでの使用ですので、着脱のスムーズなスリッパ等）

5) 受講費は、平成 26 年 6 月 30 日(月)までにお振り込み下さい。

振込先は承諾書に記載。 宿泊費はご相談下さい。

6) お分かりにならない事は、下記にお問い合わせ下さい。

心身障害児総合医療療育センター

療育研修所 TEL 03-5965-1136(直通), 03-3974-2146(代表)

FAX 03-3959-7648(直通)

療 育 研 修 所
2014 年ボバースアプローチ脳性麻痺 8 週間講習会
受講申込書

1. 氏名	19 年 月 日生,	才 男・女
2. ローマ字氏名 (Mr.・Ms.)	(正確に記入)	
3. 現住所 (〒)		
電話(携帯) ()	FAX ()	
メールアドレス	@	
4. 職種 PT・OT・ST・MD (免許取得年月日 年 月 日)	セラピストの経験年数()年 小児セラピーの経験年数()年	
5. ボバース基礎講習会受講年度 ()年度 (CVA・Dr.) 場所		
※ 受講していなければ、未記入で結構です		
(日本ボバース研究会 B 会員・Dr. 会員・非会員) : いずれかに○をして下さい		
6. 健康状態 (受講に際して配慮が欲しいこと等)		
7. 宿泊の希望		
A) 研修所宿泊希望 () 7 月 6 日夕方から、() 7 月 7 日受付時から		
B) 個人で用意するので不要 (通講を含む)		
8. 領収書の宛名 (無記入は施設名で用意します)		

上記の者を受講させたく申し込みます

平成 年 月 日

〒
施設住所
電話番号
Fax 番号

施 設 名

施設長名

印.

心身障害児総合医療療育センター
所 長 君 塚 葵 殿

(研修所記入欄)

受付日	受付順位
-----	------