

施設長 殿

心身障害児総合医療療育センター
所長 北住 映二(公印 省略)

2015 年 ボバース・アプローチ脳性麻痺上級講習会 開催について

標記の講習会を下記により開催いたしますので、ご案内いたします。

記

1. 目的 本講習会は、脳性麻痺児の神経発達学的アプローチの概要を修得し、併せてその応用的技術を学ぶことを目的とする。
2. 共催 アジアボバース小児講習会講師会議 (ABPIA)
日本ボバース研究会関東ブロック
3. 講習期間 平成 27 年 7 月 13 日(月) ～ 7 月 17 日(金)
4. 講習会場 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
5. 定員 24 名 (申し込み多数の場合は選考)
6. 受講資格 PT・OT・ST (ボバース小児 8 週間講習会修了者)
7. 内容 ボバース概念/脳性まひの評価と治療の考え方
実技演習 (基本ハンドリング 他)
講 師：紀伊 克昌 RPT ボバース小児シニアインストラクター
森之宮病院
アシスタント：金子 断行 RPT ボバース小児インストラクター
心身障害児総合医療療育センター
日浦 伸祐 RPT ボバース小児インストラクター
森之宮病院
8. 受講費 86,400 円
9. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙 (1)
② 日程表 (2012 年 参考) 別紙 (2)
③ 受講申込書 別紙 (3)
10. 申込方法 受講申込書・8 週間修了証(コピー可)を 6 月 11 日(木) までに送付
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
電話 03-5965-1136(直通), FAX 03-3959-7648(直通)
* 尚、FAX でお申し込みされた場合にも、原本を郵送して下さい。

別紙（1）

2015 年 ボバース・アプローチ脳性麻痺上級講習会 要綱

1. 講習期間 平成 27 年 7 月 13 日（月）～ 7 月 17 日（金）
2. 講習会場 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
交通：東京メトロ有楽町線・副都心線「小竹向原駅」3 番出口より徒歩 10 分
所要時間の目安は、羽田空港から 120 分、東京駅から 60 分
尚、車 バイクでの通講はご遠慮下さい
3. 定 員 24 名
4. 経 費 1) 受講費 86,400 円（消費税 6,400 円を含む）
2) 宿泊費 1 泊 3,780 円（消費税 280 円を含む）
締切後に送付する「受講承諾書」の合計金額をお振り込みいただきます。
振込手数料（返金の場合も）の負担は参加者（施設）負担とします。
キャンセル（変更）の場合の返金について
7 月 9 日（木）までの申し出は返金します。以後は返金しません。
5. 宿 泊
研修所の宿泊室は 17 室で個室使用です。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、洗濯室があります。宿泊を希望される場合は申込書の欄に記入してくださ
い。7 月 12 日（日）からの宿泊も可能です。
6. 食 事
昼食は、弁当の注文をお受けします。宿泊に関する食事への対応はしておりませんの
で各自で用意してください。ある程度の自炊可能な設備（冷蔵庫・クッキングヒータ
ー・電子レンジ・湯茶等）はありますので自由にお使いください。
7. その他
 - 1) 実技を伴いますので、支障のない服装をご用意下さい。更衣室があります。
 - 2) 講習会初日 7 月 13 日（月）の受付は 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 12 日に来所の方は 16 時～17 時までには到着して下さい。
受付、及び 17 時より宿泊・施設使用に関しての説明をいたします。
 - 3) 宿泊者携行品：健康保険証、洗面具、タオル、寝衣、スリッパ、ティッシュ。
（石鹸、シャンプー、ドライヤー、目覚まし時計、洗濯機あり）
 - 4) お分かりにならないことは、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
電話 03-5965-1136(直通)、FAX 03-3959-7648(直通)

別紙 (3)

療育研修所
2015年 ボバースアプローチ脳性麻痺上級講習会
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)	_____
3. 現住所 (〒 _____)	
電話(携帯) (_____) FAX (_____) メールアドレス _____ @ _____	
4. 職種及び職位 免許番号 (PT・OT・ST・MD)	現在の職場での経験年数()年 (免許取得年月日 年 月 日)
5. 健康状態 (受講に際して配慮が欲しいこと等)	
6. 宿泊の希望 A) 研修所宿泊希望 7月 日から7月17日17時まで ()泊 B) 個人で用意するので不要 (通講を含む)	
7. 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 北住 映二 殿

(研修所記入欄)

受付日	受付順位
-----	------