

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： 2012年2月27日(月)～3月2日(金)
 講 師： 淵 雅子 (上級講習会インストラクター、誠愛リハビリテーション病院)
 主 催： 誠愛リハビリテーション病院
 テーマ： 課題遂行と姿勢制御
 ～ 内部表象に注目して～
 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： 84,000 円 (消費税込み・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
 申込方法： 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90円切手を同封の上**、下記送付先に郵送にてお申込みください。

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ください。

[申込用紙送付先] 〒816-0956 福岡県大野城市南大利2-7-2
 誠愛リハビリテーション病院 リハビリテーション部 藤田晴美 宛
 申込締切：2011年12月19日(月) 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申込書

誠愛リハビリテーション病院 リハビリテーション部 淵 雅子 殿
 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の受講を申し込みます。

申 込 日： 年 月 日

フリガナ	(セイ)		(メイ)
氏 名	(姓)		(名)
ローマ字表記	Mr. / Ms. (名)		(姓)
職 種	PT OT ST 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		
所属施設		所属 部署	
所属住所	(〒 -)		
	TEL:		FAX:
自宅住所	(〒 -)		
	TEL:		FAX: