

## 脳性麻痺を伴った子どもへのボバース・アプローチ インフォメーション講習会の案内

- 期日： 2009年11月21日(土) 10:00 ~ 17:00  
 11月22日(日) 9:00 ~ 18:00  
 11月23日(月・祝) 9:00 ~ 15:00
- 講師： 日浦 伸祐 (ボバース小児領域基礎講習会講師)  
 土井 智里 (ボバース小児領域基礎講習会講師)  
 山中 恵美 (ボバース小児領域作業療法専任講師)。その他。
- 会場： 森之宮病院 (大阪市)
- 主催： アジアボバース小児講習会講師会議 (ABPIA)
- 内容： 正常発達概念と臨床への応用。中枢性姿勢制御機構の考え方。  
 脳性麻痺を伴った子どものADLの問題。  
 脳性麻痺を伴った子どもの評価、治療の考え方(痙直型、アテトーゼ型中心に)。  
 評価と治療のデモンストレーション。実技演習(基本ハンドリング 他)
- 対象： 基礎講習会(小児8週間講習会)を修了していないPT、OT
- 定員： 40名
- 受講費： 20,000円
- 申込締切： 2009年8月28日(金)必着
- 申し込み方法： 下記切り取り線以下を記入の上、90円切手を貼付した返信宛名を書いた返信用封筒(長形3号:120mm×235mm)を同封の上、郵便にて申し込んで下さい。
- 申し込み先： 〒536-0025  
 大阪市城東区森之宮2丁目1-88  
 森之宮病院 リハビリテーション部  
 平木 里美 宛
- 問い合わせ： 06-6969-9689 (FAXのみ)

.....切り取り線.....

### 脳性麻痺を伴った子どもへのボバース・アプローチ・インフォメーション講習会 2009年11月21~23日分 申込書

申し込み年月日	年 月 日
氏名(漢字)	(姓) _____ (名) _____
シメイ(フリガナ)	(セイ) _____ (メイ) _____
職種	( PT ・ OT ) _____ 免許取得年度: _____ 年度
勤務先名:	_____ 所属部署: _____
勤務先住所:	(〒 _____ - _____ )
TEL:	_____ FAX: _____
自宅住所:	(〒 _____ - _____ )
TEL:	_____ FAX: _____