

# 成人片麻痺における環境適応講習会

## in 関西のご案内

拝啓

皆様方には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。また、平素からは格別のご配慮を賜り、厚く感謝申し上げます。

昨年度に引き続き今年度も関西で環境適応講習会を開催することになりました。今年度の関西環境適応講習会の日程を下記の通り企画致しました。つきましては、業務ご多忙中と存じますが、万障お繰り合わせの上ご参加下さいますよう、ご案内申し上げます。

敬具

### 記

#### 1) 日時、内容および定員

コース	日程	内容	定員	申し込み締め切り
A	2016年10月8・9・10日	移動空間 (講義&実技)	100名	7月31日(日)必着

\*時間 2016年10月 8日(土) 14:00 ~18:30 受付開始:13時30分  
9日(日) 9:00 ~18:30  
10日(月) 9:00 ~13:00

※3日間で1コースとなります。

#### 2) 会 場：医療法人 清水会 鶴見緑地病院 (1F・PT室、OT室)

\*詳細は病院ホームページをご覧ください。

3) 講 師： 柏塾代表 作業療法士 柏木 正好  
鶴見緑地病院 作業療法士 南 誠一  
姫路獨協大学 作業療法士 沼田 景三  
ポバース記念病院 作業療法士 立松 さゆり

4) 対 象： 作業療法士、理学療法士、言語聴覚士

5) 参加費： 15,000円 (事前振り込み、弁当代含まず)

6) 弁当代： 一食 800円 (お茶付き)

7) 懇親会： 10月8日(土)19時30分頃より予定しています。(懇親会費：5000円)

# 参加申し込み方法

E-mail で、以下の書式を参考にご送信下さい。

宛 先：[kansai-kanteki@seisukai.net](mailto:kansai-kanteki@seisukai.net)

(スパム、ウィルス対策のため@を全角にしてあります。@を半角の@に直してからご送信下さい。)

件 名：「参加申し込み 氏名」

※氏名：参加者の名前をご記入下さい。

1. 氏名	鶴見 太郎	
2. 職種	OT	
3. 所属	鶴見緑地病院	※法人名は書かないで下さい。
4. 所属県名	大阪府	
5. 経験年数	5	※「年」は不要です。
6. 環境適応講習会受講歴	C	過去受講済み：○ 未受講：×
7. ボバース基礎講習会(Basic コース)	○	過去受講済み：○ 未受講：×
8. 懇親会の出欠	○	参加：○ 不参加：×
9. 弁当	○	※9 日のみのご注文となります。
10. 電話番号	06-6952-5058	※施設の代表番号をお書き下さい。

## ◎注意事項

- ・携帯電話からの申し込みは返信が滞りやすく、返信の際の添付ファイルの開示が困難であるため、PCのメールアドレスからお申し込みをお願い致します。電話・FAX・往復はがきの受付は致しておりませんので、ご了承下さい。
- ・3日間受講できる方のみお申し込み下さい。
- ・申し込み後、受付完了メールを1～2週間以内に返信致します。受付完了メールが届かない場合は事務局までご連絡下さい。
- ・1名につき1メールでお申し込み下さい。
- ・キャンセルまたは参加者の変更などありましたら早めにメールでお知らせ下さい。
- ・変更事項がある場合は事務局から連絡させていただきます。
- ・講習会受講の際には実技がありますので動きやすい服装（ジャージなど）をお願い致します。
- ・病院の駐車場は使用できません。近隣に駐車場も少ないため、出来るだけ公共の交通機関をご利用下さい。
- ・宿泊に関しましては各自で手配をお願い致します。(病院から徒歩圏内には宿泊施設はございません。)
- ・合否の結果は、受付したメールに返信致します。メールアドレスを変更される場合は事前にその旨を

連絡下さい。

- ・懇親会を当日キャンセルされる場合は、キャンセル料が発生致しますので、ご了承下さい。

問い合わせ先：

ご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせ下さい。

なお、訓練時間などの都合により、メールでのお問い合わせにご協力お願い致します。

関西環境適応講習会 事務局

〒570-0044 大阪府守口市南寺方南通 3-4-8

鶴見緑地病院 リハビリテーションセンター リハビリテーション部 作業療法科

事務局代表 南 誠一

受講受付担当 矢出 有希絵

Tel 06-6997-0101

kansai-kanteki@seisuikai.net （@は半角@に直してご送信下さい。）

以上