

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)

2019 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 2019年 8月 5日 (月) ～ 8月 9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
大阪発達総合療育センター
新保 松雄 RPT ボバース小児シニアインストラクター

アシスタント：ボバース小児インストラクター他
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 (2017年 参考 東京小児療育病院開催) 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5月31日(金)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、原本のコピーを郵送して下さい。

別紙（1）

2019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 2019年8月5日（月）～ 8月9日（金） 全日9:00～18:00 予定
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
8月1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。8月4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8月5日(月)の受付は8時00分より8時50分まで。なお宿泊される方で前日8月4日(日)に来所の方は16時～17時までに到着して下さい。
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
2019年 ボバーズ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 (_____)	
PC メールアドレス _____ @ _____	
4. 職種及び職位	現在の職場での経験年数(_____)年
免許番号 (PT・OT・ST・MD)	(免許取得年月日 _____ 年 月 日)
5. 配慮の必要性「車椅子使用」等	
6. 宿泊の希望	
A) 研修所宿泊希望 8月 _____ 日から8月 9日 18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)	請求書 要・不要

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
-----	------