

心障医 27 発第 248 号
平成 27 年 11 月 4 日

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)

2016 年 ボバースアプローチ脳性麻痺 8 週間 講習会
第 25 回 東京コース開催について

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。

PT・OT・ST および医師で脳性まひ児の治療に携わります貴職員に受講希望者がおられましたらご推薦いただけますようお願いいたします。

記

1. 目的 本講習会は、脳性まひ児の神経発達学的アプローチを習得し、併せて関連分野の基礎知識を学ぶことを目的とする。
2. 受講資格 PT・OT・ST および医師
3. 定員 24 名 (ST および医師はそれぞれ 2 名まで)
4. 講習期間 平成 28 年 7 月 4 日 (月) ~ 8 月 26 日 (金)
5. 講習会場 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
6. 内容 ロンドンボバースセンターの講義内容に準ずる、講義・デモンストレーション・実技・治療実習等(前回の日程表を参考にして下さい)
担当講師：紀伊克昌、金子断行、新保松雄、鈴木恒彦、鈴木真知子、松村伸次、中野尚子、野口和則、北原エリ子、丸森睦美、他
7. 受講費 324,000 円 (消費税 24,000 円を含む)
8. 申込締切 平成 28 年 6 月 3 日 (金) (定員になり次第締切)
9. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙 (1)
② 前回 (第 24 回) のプログラム 別紙 (2)
③ 受講申込書 別紙 (3)

別紙（１）

2016年 ボバースアプローチ脳性麻痺 8週間 講習会 第25回 東京コース要綱

1. 目的

本講習会は、脳性まひ児の神経発達学的アプローチを習得し、併せて関連分野の基礎知識を学ぶことを目的とする。

2. 講習期間

平成28年7月4日（月）～8月26日（金）

月曜日～金曜日 9:00～17:00、土曜日 9:00～12:30（17:00）予定

日曜は休み（7月18日・8月11日は講義予定しています）

3. 講習会場

心身障害児総合医療療育センター 療育研修所

（住所：東京都板橋区小茂根1-1-10 電話：03-5965-1136）

なお一部実習は、順天堂大学附属順天堂医院 リハビリテーション科（東京都文京区）、東京小児療育病院（東京都武蔵村山市）にて実施予定

4. 内容

ロンドンボバースセンターの講義内容に準ずる講義・デモンストレーション・実技・治療実習等（前回の日程表を参考にしてください）

担当講師：紀伊克昌、金子断行、新保松雄、鈴木恒彦、鈴木真知子、松村伸次
中野尚子、野口和則、北原エリ子、丸森睦美、他

5. 経費

1) 受講費 324,000円（消費税24,000円を含む）

2) 宿泊費(個室) 1泊 3,780円（消費税280円を含む）

6. 受講資格

PT・OT・ST および医師で、職場経験3年以上。

7. 定員

24名（内、ST および医師はそれぞれ2名以内）

8. 申込方法

別紙（3）の申込書に必要事項を記入し、平成28年6月3日までにFAXまたは郵送で送付（定員に満たない場合は、締切り後も受付いたします）。

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
FAX：03-3959-7648

9. 宿 泊

療育研修所内の宿泊室（個室 17 室）をご利用いただけます。

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（洗濯機・乾燥機それぞれ 70 分 200 円）があります。

※受講申込書の欄に、宿泊室の使用を希望されるか否かを必ず記入して下さい。
希望者が少ない場合は、お受けできない場合があります。

10. 食 事

職員食堂、給食の対応はしておりませんので各自で用意して下さい。

昼食は弁当（440 円）の注文をお受けします。

ある程度の自炊可能な設備（冷蔵庫・電子レンジ・クッキングヒーター・湯茶等）はありますのでご自由にお使い下さい。

11. そ の 他

1) 期間中を通して受講出来ること。

2) 講習会初日 7 月 4 日（月）の受付は 午前 8 時 00 分より 8 時 50 分まで。

なお、宿泊される方で前日（7 月 3 日）に来所の方は 16 時～17 時までに到着のこと。
受付、及び 17 時より宿泊関係の説明をいたします。

3) 順 路

東京メトロ有楽町線・副都心線「小竹向原」駅下車。3 番出口より徒歩 10 分。

所要時間の目安は、羽田空港からは 120 分、東京駅からは 60 分。

尚、車 バイクでの来所はご遠慮下さい。

4) 携行品

- ・ 健康保険証、宿泊者は洗面具、タオル類、寝衣、生活消耗品
- ・ （宿泊に際して、石鹸・シャンプー・アイロン・ヘアードライヤー・ティッシュ
目覚まし時計あり）
- ・ 屋内用履き物（実習室は靴を脱いでの使用ですので、着脱のスムーズなスリッパ等）

5) 受講費は、平成 28 年 6 月 27 日(月)までにお振り込み下さい。

振込先は承諾書に記載。 宿泊費はご相談下さい。

6) お分かりにならない事は、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 担当 須貝

TEL 03-5965-1136(直通), 03-3974-2146(代表)

FAX 03-3959-7648(直通)

別紙 (3)

療 育 研 修 所
2016 年 ボバースアプローチ脳性麻痺 8 週間 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.)	(正確に記入)
3. 現住所 (〒)	
電話(携帯) ()	FAX ()
メールアドレス	@
4. 職種 PT・OT・ST・MD (免許取得年月日 年 月 日)	セラピストの経験年数()年 小児セラピーの経験年数()年
5. ボバース基礎講習会受講年度 ()年度 (CVA・Dr.) 場所	
※ 受講していなければ、未記入で結構です	
(日本ボバース研究会 B 会員・Dr.会員・非会員) : いずれかに○をして下さい	
6. 健康状態 (受講に際して配慮が欲しいこと等)	
7. 宿泊の希望 A) 研修所宿泊希望 () 7月3日夕方から、() 7月4日受付時から B) 個人で用意するので不要 (通講を含む)	
8. 請求書・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
-----	------