

平成27年 9月 1日

会員ならびに関係各位

岐阜県嚙下障害研究会
研修部長 豊島 義哉

岐阜県嚙下障害研究会 研修会（小児領域）のお知らせ

平成27年度第3回研修会（通算第45回小児領域研修会）を下記のとおり開催します。万障お繰り合わせの上、ご参加ください。

なお、皆様の職場などにて 興味のある方々にご紹介いただければ幸いです。

記

日 時：平成27年11月29日（日）9:30～16:30

会 場：岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 2階 多目的ホール
岐阜市則武1816-1（県立岐阜商業高等学校の東隣り）

講 師：大阪発達総合療育センター

（特別支援教育専門）作業療法士 辻 薫 先生

テーマ：「活動の工夫で 子どもたちを元気に！」
家庭・学校・園での日常生活支援を考える」

日 程： 9:00～ 受付
9:30～ 9:35 オリエンテーション
9:35～12:20 〔講義&演習（途中休憩15分）〕
 ～脳性マヒ児を中心に～
12:20～13:30 昼休憩
13:30～16:15 〔講義&演習（途中休憩15分）〕
 ～発達障がい児を中心に～
16:15～16:30 事務連絡、研修会終了

大阪発達総合療育センターは、日本初1970年に脳性マヒの早期治療（0歳から）を開始した「聖母整肢園」が発足母体で、現在では（小児整形外科疾患を中心に）小児リハビリテーション医療の先駆的役割を担っている施設です。

今回の講師、辻薫先生は本センターに30年来勤務されており、日々臨床に従事する傍ら、各種団体主催の講習会などで「あそび・日常生活面の指導」など多数ご講演されています。また、教材教具類の開発、教育相談や就労移行支援事業など多方面で活躍中です。なお、今回は脳性マヒと発達障がい、両方の生活支援について演習を含め講演いただきます。

参加費：岐阜県嚙下障害研究会 会員 2,500円、非会員 3,000円

※「午前および午後のみ参加」の場合も同額とさせていただきます。

定 員：50名（定員になり次第、参加受付けは終了とします。）

締切日：平成22年11月13日（金）必着（早めの申込みをお勧めします！）

【申込み方法】

1) ◎官製往復はがきにて申し込む場合

官製往復はがきを1枚準備の上、

下欄の要領で末尾シールを貼付しご投函ください。

〔往信用はがき〕 表面 ⇒ 「宛名シール」をコピーして貼付
 裏面 ⇒ 「参加申込みシール」をコピーして貼付／シール内に必要事項を記入
〔返信用はがき〕 表面 ⇒ 返信先（あなた）の宛て名を必ず記入
 裏面 ⇒ 白紙

① **ブログから申し込む場合**〔検索 ▶ **岐阜県嚙下障害研究会 研修会(小児領域)お知らせブログ**〕

- ① 「研修会（小児 通算 第45回）のお知らせ」記事の左下 **拍手**ボタンをクリック
- ② **名前欄**に 代表者の氏名と「研修会（第45回）申込み」を入力、**本文欄**に 代表者のPCメールアドレス（必記！）、勤務先名、連絡先（自宅 or 勤務先）の〒・住所・☎&FAX、参加者全員の 氏名・職種・種別（会員 or 非会員）・参加予定（全日 or AM or PM）を記入
- ③ **プレビュー**ボタンで 記載フォームを確認後、**投稿**ボタンをクリック！（以上にて完了）

2) 締切日以降に「参加申込み受理の通知」を返信いたします。

通知はがき または 通知メールが届いたら、記載文に従い 期日までに指定のゆうちょ銀行の口座に参加費をお振込みください。

※複数連名にて一括納入される場合は、申込み時と同じ代表者ならびに人数で 全員の氏名を通信欄に記入ください。（オンライン振込みの際は、全員の氏(名)をキー入力してください。）

3) 郵便振替の控え（振込み受領証）をもって 参加証としますので、大切に保管してください。当日控えをご持参の上、受付で提示願います。

【お願い】

- ・参加費の振込みは通知が到着後、速やかにお願いいたします。
- ・参加お申込み後のキャンセルは、準備の都合がありますので必ずご連絡下さい。
- ・ご入金後のキャンセルについては 払戻しはいたしません。あしからずご了承願います。

なお、代理者の参加は認めますので、その際は事前にご連絡ください。

— お問い合わせ先 —

岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 児童発達支援センターきらり 担当（田本）まで
 〒502-0931 岐阜市則武 1816-1 E-mail : t-world@qc.commufa.jp
 FAX : 058-233-7123（電話でのお問合せはお断りします）

【宛名シール】

【参加申込みシール】

〒502-0931

岐阜市則武井一八一六の一
 岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター
 児童発達支援センターきらり
 岐阜県嚙下障害研究会
 第45回小児領域研修会 担当者（田本）宛

岐阜県嚙下障害研究会 第45回 小児領域研修会 参加申込み票

*種別の欄は いずれかを○でお囲みください。

	氏名	職種	種別	参加予定
代表			会員 非会員	全日 午前のみ 午後のみ
連名者			会員 非会員	
			会員 非会員	
			会員 非会員	
			会員 非会員	

代表者 勤務先 _____ 希望連絡先（勤務先 自宅）

連絡先 〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____（FAX 携帯）_____

Eメール _____

*返信用はがきの表面にも、住所・氏名を忘れずにご記入ください！