

社会医療法人大道会 脳性まひ講演会 (第5回)

講師 椎名 英貴 (言語療法士) 森之宮病院 リハビリテーション部 部長

内容 「脳性まひの方の食事について」

日時 平成29年4月22日 (土) 午後2:00~3:00
(午後1:30開場・途中10分間休憩有)

場所 森之宮病院 2階 ウッディホール



対象 脳性まひの方とそのご家族 (1組最大3名)

※講演会には**本人又はそのご家族の方が必ずご来場**をお願い致します。
※当日託児室は設けておりません。お子様も一緒に会場にお入りいただきます。ご状態によってはスタッフが対応いたします。ご相談ください。

定員 **30組** 申込み者が定員を超える場合は抽選となります

※抽選結果は「当選」「落選」に関わらず、結果のご案内を4月上旬頃までに郵送いたします。

参加費 **無料**

お申込方法 申込書に必要事項をご記入いただき、下記の住所までご郵送にてお申込み下さい。

【郵送先】 〒536-0025



大阪府大阪市城東区森之宮2丁目1-88
社会医療法人 大道会 森之宮病院
事務部 脳性まひ講演会 申込窓口係 宛

※森之宮病院またはボバース記念病院に通院されていない方については、改めてご質問用紙を送付させて頂く場合がございます。

今後の脳性まひ講演会について (日程のご案内)

第6回：平成29年7月22日 (土)

第7回：平成29年10月14日 (土)

第8回：平成30年1月20日 (土)



お問い合わせ先 森之宮病院 脳性まひ講演会窓口 下里
TEL/06-6969-0111 (代表)

ボバース記念病院 脳性まひ講演会窓口 山城
TEL/06-6962-3131 (代表)





(会場のご案内)

〒536-0025

大阪市城東区森之宮 2 丁目 1-88
社会医療法人 大道会 森之宮病院

2階 ウッディホール

※駐車場は地下にございます。

(当日は**無料**でご利用頂けます)

(申込方法について)

切り取り線から下の参加申込書を、郵送にて**3月14日(火)必着**でお送りください。 ※上記期日を過ぎた申込みについては無効となります。

ご記入いただいた情報は、社会医療法人 大道会の個人情報保護方針に則り適切に処理いたします。

(切り取り線)

【参加申込書】 4月22日(土)の脳性まひ講演会に参加します

氏名 (本人) _____ (年齢) _____

森之宮病院あるいはボバース記念病院の診察券をお持ちの方：

(診察券番号) _____ (森之宮・ボバース)

氏名 (家族・介護者) _____ / _____

参加者 本人のみ 家族のみ 本人と家族 (又は介護者)

家族と介護者 ※上記の にチェックをお願いいたします

参加人数 _____ 名 (最大3名)

住所 〒 _____

連絡先/TEL _____ (本人・家族)

お手数ですが郵送にてお申込み下さい

【郵送先】 〒536-0025

大阪府大阪市城東区森之宮 2 丁目 1-88

社会医療法人 大道会 森之宮病院

事務部 脳性まひ講演会 申込窓口係