

社会医療法人大道会 脳性まひ講演会（第7回）

講師 原田 武雄 ポバース記念病院 整形外科（非常勤医師）

内容 「脳性まひ患者による

頰椎症性頰髄症について」

日時 平成29年10月14日(土)午後2:00～3:00
(午後1:30開場・途中10分間休憩有)

場所 ポバース記念病院 1階 リハビリ室



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10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】 〒536-0023



大阪府大阪市城東区東中浜1丁目6-5
社会医療法人 大道会 ポバース記念病院
事務部 脳性まひ講演会 申込窓口係 宛

※森之宮病院またはポ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。

次回の脳性まひ講演会について（日程のご案内）
第8回：平成30年1月20日（土）

（お問い合わせ先） ポバース記念病院 脳性まひ講演会窓口 山城
TEL/06-6962-3131（代表）
森之宮病院 脳性まひ講演会窓口 下里
TEL/06-6969-0111（代表）





(会場のご案内)

〒536-0023

大阪市城東区東中浜 1 丁目 6-5

ボバース記念病院

1 階 リハビリテーション室

※当日は無料駐車場を準備しております。**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**9月22日(金)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】10月14日(土)の脳性まひ講演会に参加します

氏名(本人) _____ (年齢) _____ 歳

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 ※ にチェックください 参加人数 _____ 名(最大3名)

住所 〒 _____

連絡先/TEL _____ (本人・家族)

当日講演終了後、病棟見学を 希望する 希望しない

お手数ですが郵送にてお申込み下さい

【郵送先】〒536-0023

大阪市城東区東中浜 1 丁目 6-5

社会医療法人大道会 ボバース記念病院

事務部 脳性まひ講演会 申込窓口係