

社会医療法人大道会 脳性まひ講演会（第9回）

講師 小松 友子 森之宮病院 臨床心理士

内容 「**脳性麻痺の方と家族の心理的問題**」

日時 平成30年5月12日(土)午後2:00~3:10頃
(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5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。

今後の脳性まひ講演会について（日程のご案内）

第10回 : 平成30年8月25日(土)

第11回 : 平成30年10月27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)

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)





(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 **4月20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】5月12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)

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