

社会医療法人大道会 脳性まひ講演会 (第14回)

共催：NPO 法人 日本脳性麻痺・発達医学会

講師 加藤 雅子

(神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学科 講師)



荒井 洋 (ボバース記念病院 院長)

内容 「QOL (生活の質) について聞いてみよう
～君のQOLは高いのか?低いのか?～」

日時 2019年7月6日(土) 午後2:00～3:20頃
(午後1:30開場・途中10分間休憩有)

場所 ボバース記念病院1階 リハビリテーション室

定員 30組 (1組最大3名)

※第14回脳性まひ講演会は、一般の方・教師の方等も参加いただけます。

※申込み者が定員を超える場合は抽選となります。

※お子様も一緒に会場にお入りいただきます。当日託児室は設けておりませんが、ご状態によってはスタッフが対応いたします。受付時にスタッフへお申しつけください。

※抽選結果は「当選」「落選」に関わらず、結果のご案内を6月末頃に申込まいただいた住所へ郵送いたします。

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 ボバース記念病院
事務部 脳性まひ講演会 申込窓口係 宛



(お問い合わせ先)

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)

今後の脳性まひ講演会について（日程のご案内）

第 15 回：2019 年 11 月 16 日（土）



（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**6月27日(木)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】 7月6日(土)の脳性まひ講演会に参加します

フリガナ

氏名（本人） _____（生年月日） _____（ 歳）

ボバース記念病院あるいは森之宮病院の診察券をお持ちの方：



_____（診察券番号） _____（ボバース・森之宮）

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 その他（施設名 _____）

※にチェックください 参加人数 _____ 名(最大3名)

当日病棟見学希望 小児病棟（小学生まで） 成人病棟（中学生以上）

住所 〒 _____

連絡先/TEL _____（本人・家族）

【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

