

西部Ⅰ医療圏地域リハビリテーション広域支援センター 講師派遣に関する申込書

(郵送および FAX 送信時にお使いください)

平成 年 月 日

申込者名 _____

施設名 _____

住 所 _____

連絡先【電話等】 _____

西部Ⅰ地域リハビリテーション広域支援センターの講師派遣に関して、下記の内容で実施・参加を申し込みます。

希望するテーマの種類に該当する番号を○で囲んでください	A, ☐ 講義 ☐ 実技 B, ① 介護予防のための廃用症候群(生活不活発化)防止の理論と技術 ② 転倒予防の理論と技術 ③ 日常生活活動 (ADL) ④ 損傷者等の移乗介助テクニック ⑤ 高齢者の健康増進 ⑥ 肩こり・腰痛・膝痛へのリハビリテーション ⑦ 言語聴覚療法について (総論) ⑧ 嚥下障害の評価とリハビリテーション ⑨ 失語症患者とのコミュニケーション ⑩ 構音障害のリハビリテーション ⑪ ことばの発達について (言語発達遅滞他) ⑫ その他 ()
右に行事計画を簡単に記入して下さい。	(参加人数・氏名・所属、対象者・希望日時・場所・時間など)
その他希望事項があれば記入して下さい。	

【支援センター受付確認欄】

上記実施申込書を受け付けました。詳細に関しましては、後日、相談の上連絡させていただきます。

受付日 平成 年 月 日

西部Ⅰ医療圏地域リハビリテーション広域支援センター

担当者 _____