

平成 27 年 1 月 吉日

会員各位

一般社団法人宮城県作業療法士会
教育部長 紀國谷 恵子
(公印省略)

一般社団法人 宮城県作業療法士会主催
平成 26 年度 第 1 回「現職者選択研修」研修会のご案内

(旧名称 現職者研修)

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さてこの度、当作業療法士会では下記の通り研修会を開催することになりました。現職者選択研修「身体障害領域の作業療法」でご講演いただきます。

- 研修目的 1「身体障害領域の基礎知識」
2「脳血管障害」
3「神経筋・内部障害(癌、呼吸器・循環器、膠原病)」
4「筋骨格系・外傷」

これらの内容について、理解を深め、今後それぞれの職場で役立てていただければと考えております。是非、皆様の参加をお待ちしております。

尚、この研修会は日本作業療法士協会生涯教育制度：現職者選択研修(旧名称 現職者研修)に該当します。また、生涯教育制度基礎研修ポイント 2 P に該当します。

敬具

記

日 時： 平成 27 年 2 月 7 日(土) 9:20~16:40 (受付 9:00~9:20)

会 場： 東北文化学園大学 3号館 4階 3456 教室
〒981-8551 仙台市青葉区国見 6-45-1 (JR 仙山線「国見駅」下車徒歩 3 分)
TEL022-233-3310

領 域： 「身体障害領域の作業療法」

日程・講師：

日程	テーマ	講師氏名
9:20~10:50	「筋骨格系・外傷」	小野 智美氏 (仙台リハビリテーション専門学校)
11:00~12:30	「神経筋・内部障害(癌、呼吸器・循環器、膠原病)」	神先 美紀氏 (国立病院機構宮城病院)
13:30~15:00	「身体障害領域の基礎知識」	長谷川 敬一氏 (竹田綜合病院)
15:10~16:40	「脳血管障害」	長谷川 敬一氏 (竹田綜合病院)

内 容： 講義

参加費： 4,000 円

☆ 当日受付にて、参加費を徴収させていただきます。その際に、生涯教育手帳に捺印いたしますので、忘れずに手帳をご持参ください。

☆ 当日は今年度の OT 協会会員証もしくは会費の支払い証明となる領収書をご持参ください。今年度の会費未納者は単位が取得できません。

参加対象者及び定員：日本作業療法士協会会員 70 名

定員となり次第締め切らせていただきます。連絡が無ければ参加可能ということでご了解ください。

申し込み先：宮城県作業療法士会事務局 FAX 022-263-0098
〒980-0802 仙台市青葉区二日町 18-25 シャルム 603 号

申し込み方法：FAX での申し込み〔締切 1 月 30 日(金)〕

同封の申し込み用紙に必要事項をご記入の上、お申し込みください。

尚、公文書の必要な方は、1 月 23 日(金)までにお申し込みください。

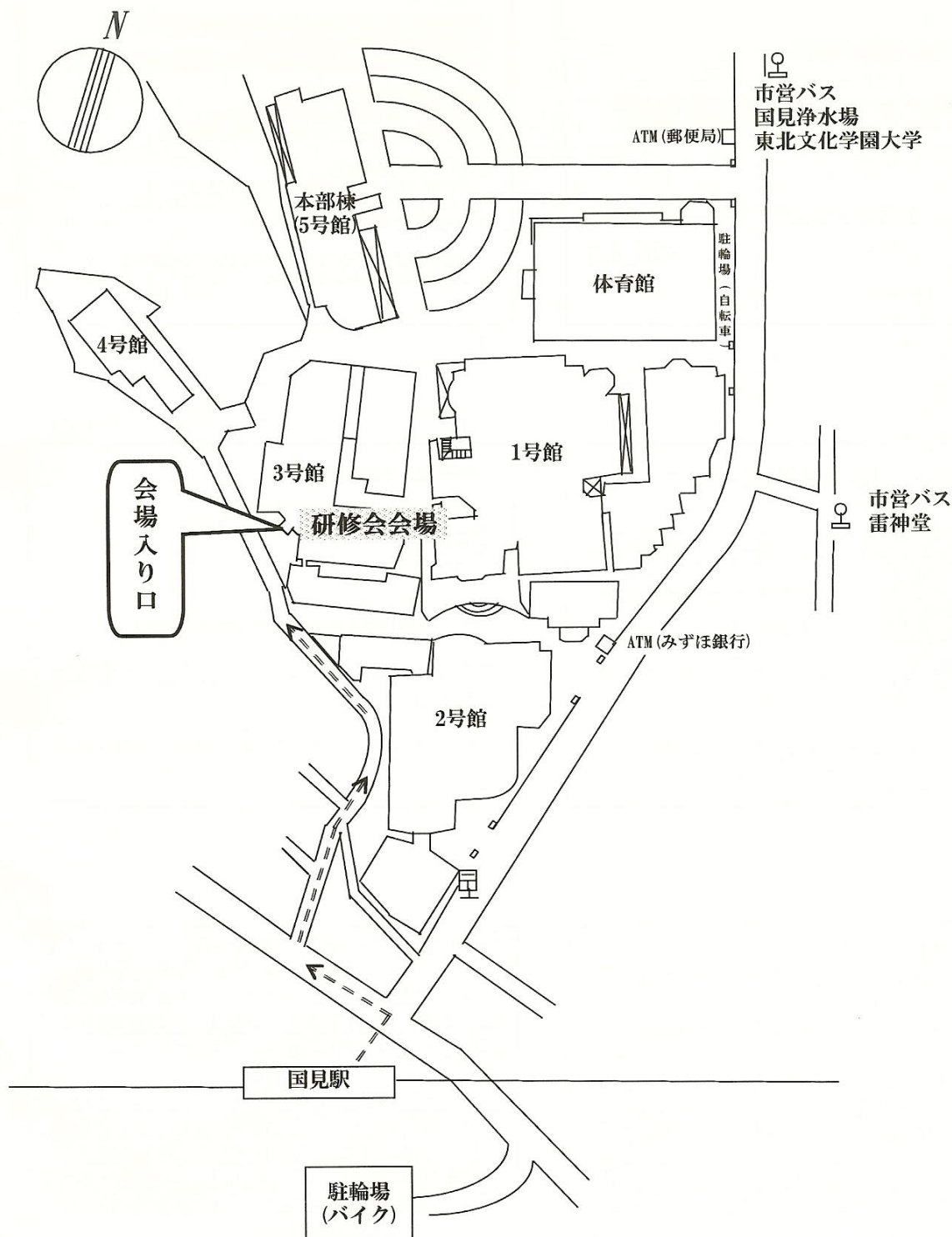
申し込み後の注意点：

- ・キャンセルする場合は、2月6日（金）12時までその旨をFAXでご連絡を下さい。連絡がないまま欠席の場合は後日参加費を徴収させていただきます。
- ・20分以上遅刻すると、単位修得を認められない場合がありますので、時間厳守をお願いいたします。
- ・会場周辺には駐車場はありませんので、公共の交通機関をご利用ください。また、昼食を準備できる場所もほとんどありませんので、各自でご持参ください。

問い合わせ先：医療法人社団脳健会 仙台リハビリテーション病院 荒井隆徳

〒981-3341 宮城県黒川郡富谷町成田 1-3-1 電話 022-351-8118 FAX 022-351-8126

○東北文化学園大学 研修会会場 案内図 3号館 4階 3456教室



「現職者選択研修」(旧称「現職者研修」) 研修会申込用紙

(FAX の場合は、この用紙をそのまま送信してください。)

○平成26年度第1回 「現職者選択研修」研修会への参加申込みを致します。

送 信 先	施設名：宮城県作業療法士会事務局 住所：〒980-0802 仙台市青葉区二日町 18-25 シャルム 603 号 FAX：022-263-0098
-------------	---

発 信 者	所属施設名： 住所：〒 氏名： FAX： Tel：
-------------	---------------------------------------

＝申込み注意事項＝

* 下記に所属施設名、電話番号、参加申込者氏名、宮城県作業療法士会会員・非会員の別をご記入の上、該当単位修得の有無の欄に○を付けてください。申込締め切りは、平成27年1月30日(金)です。

* 日本作業療法士協会会員の方は協会 No. の記載をお願いします。(宮城県作業療法士会非会員の方でも日本作業療法士協会会員の方はご記載ください。)また、宮城県作業療法士会以外の方は、所属県士会名もご記入ください。

* 公文書の必要な場合、○を付け、枠外へ公文書宛名、送付先住所をご記入の上、平成27年1月23日(金)必着で申込みをお願いいたします。締切りに遅れた場合、公文書が発送で出来ない場合がございますので、ご注意ください。

所 属 連絡先電話番号	氏 名 および 日本作業療法士協会 会員 No.	宮城作業療法士会会員 別所属県士会	該当単位 修得の 有 無	公文書
Tel ()	日本OT協会 No. _____	宮城OT士会 会員／非会員 (所属県士会：)	済・未	要・不
Tel ()	日本OT協会 No. _____	宮城OT士会 会員／非会員 (所属県士会：)	済・未	要・不
Tel ()	日本OT協会 No. _____	宮城OT士会 会員／非会員 (所属県士会：)	済・未	要・不
Tel ()	日本OT協会 No. _____	宮城OT士会 会員／非会員 (所属県士会：)	済・未	要・不

☆公文書の必要な方は以下にご記入ください。

氏名：

公文書宛名：

送付先宛名：

送付先住所： 〒