

FAX 054-251-7508

静岡県肢体不自由児協会事務局 行（送付書不要）

平成30年度 肢体不自由児療育指導者講習会 受講申込書

平成30年 月 日

学校名 施設名 (※施設種別)	※福祉施設職員の方は、施設名及び施設種別を記入してください。		
所在地 (連絡先)	〒 電 話 () F A X ()		
(ふりがな) 氏 名		職 種	
実務経験 (年数)	年	か月	

※受講希望日の（ ）に○を付けてください。第3回の実技のみ受講を希望される場合は、過去の受講歴についても記入願います。

【第1回】肢体不自由児の総論（入門講座）

() 7月 6日（金）

() 7月 7日（土）

【第2回】脳性麻痺の概論

() 7月 27日（金）

() 7月 28日（土）

【第3回】脳性麻痺の各論

※受講歴

() 8月 24日（金）

〔第1回 実技 年 月〕

() 8月 25日（土）

〔第2回 実技 年 月〕

【第4回】成人（青年期～）脳性麻痺

() 9月 28日（金）

() 9月 29日（土）

御記入いただいた個人情報については、本講習以外の目的で使用することはありません。