

# 臨床基礎講習会のお誘い

医療法人社団岡田会 山の辺病院

やまのべりハビリセンター

## 臨床基礎講習会

主催：山の辺病院

期日：2019年5月 26日（日）9：00～17：00

講師：山中善詞（やまのべりハビリセンター（山の辺病院）PT）

対象：PT、OT、ST、医師、看護師・准看護師、それ以外の方は要相談

受講料：10,000円

テーマ：『タッチング基礎講習会』

定員：35名（予定）

会場：山の辺病院（場所は地図をご覧ください）

お問い合わせ（FAXでのみ受付）：山の辺病院 リハビリテーション部

PT 山中 善詞

FAX 番号（0744）42-1320

お申し込み：申込書・アンケート用紙を同封し郵送して下さい（PT 山中まで）  
決定通知はメール（[yamanobe\\_reha@yahoo.co.jp](mailto:yamanobe_reha@yahoo.co.jp) すべて小文字半角）でお知らせしますので、申込書にメールを記入ください。迷惑メール対策による受講決定通知不着防止のため、上記メールの受信設定を行ってください。また迷惑メール設定をされている場合は、ドメイン指定解除を行ってください。

締切日：2019年5月16日（木） 当日消印有効

〒633-0081 奈良県桜井市草川 60

山の辺病院 リハビリテーション部

PT 山中善詞

# 《 臨床基礎講習会申込書 》

講習会実施日：2019年 5月 26日（日）

9：00～17：00

山の辺病院 P T 山中善詞 宛

## 『タッチング基礎講習会』

臨床基礎講習会に申し込みます

申込年月日： 2019年 月 日

(フリガナ)

氏名：(漢 字) (姓) (名)

(男・女) 職種：P T. O T. S T. 看護師・准看護師・医師

その他 ( )

(経験年数) 年

分野：小児・成人・高齢者・中枢・整形・精神・心臓・肺 その他 ( )

勤務分類：診療所、病院、老健、デイケア、小児、学校、訪問 その他 ( )

勤務先名： 所属科： 出身校：

勤務先住所：(〒 - )

TEL： FAX：

Eメール：

自宅住所：(〒 - )

TEL： FAX：

Eメール：

※ (申し込み時には、申し込みとアンケートを同封し郵送ください。決定通知はメールで行いますので、メールアドレスを必ず記入ください)

### ◎質問

☆ やまのべ病院までの送迎バスを利用されますか？

近鉄、J R 桜井駅行き (はい・いいえ)

病院の送迎バスは定員があり、制限がある関係上 申込み先着順となります。

定員に達した段階で 乗車をお断り致しますので、予めご了承下さい

☆ 近隣に喫茶、定食屋がありませんお弁当 (400円) を注文されますか？

(はい、いいえ)

※ バスの利用と弁当の注文が必要な場合は必ず (はい、いいえ) を記入下さい、よろしくお願ひします。

# 臨床基礎講習会参加希望者の皆様へ

## 《アンケート》

講習会実施日 2019年 5月 26日(日)

### 講習会テーマ：『タッチング基礎講習会』

(氏名： ) (職種： ) (経験年数 年目)  
(勤務先名： )

1-①) やまのべの臨床講習会を受講された事がありますか。(はい、いいえ)

1-②) 臨床講習会又は他の講習会を受講された方にお聞きします。

講習会の内容が実際に役に立ちましたか。

どのような講習会ですか ( )

もし役に立ったと感じられたら、その具体例を教えてください。

( )

2) 患者さん・利用者さん・子供さんとの関わりで、日頃困っている事は  
どのような事ですか？

( )

3) この講習会に望まれる事をご記入ください。

( )

4) 今後どのようなテーマの講習会を望まれますか？

( )

5) その他どんなことでも感じている事があればご記入ください。

( )