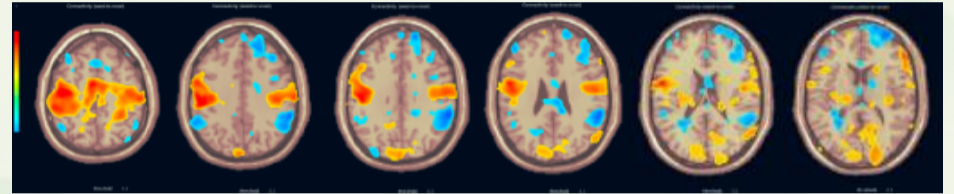


**メインテーマ**

## 脳卒中片麻痺患者のリハビリテーション

### 2017/12/9(土)開催!

**第1部 13:00~14:30**  
「脳画像のみかた」



**第2部 14:40~16:00**  
「脳画像研究から考えるこれからのリハビリテーション」

※当日は大学院進学相談会も開催いたします。ぜひご参加ください。



### 講師

国際医療福祉大学大学院  
理学療法学分野

**玉利 誠 准教授**

専門理学療法士(神経理学療法・基礎理学療法)  
日本神経理学療法学会 運営幹事

### <プロフィール>

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 1998年 | 宮崎大学教育学部卒              |
| 2001年 | 宮崎リハビリテーション学院卒         |
| 2013年 | 久留米大学医学研究科バイオ統計センター研究生 |
| 2015年 | 国際医療福祉大学大学院(保健医療学博士)   |
| 2001年 | 倉内整形外科病院               |
| 2002年 | 誠愛リハビリテーション病院          |
| 2006年 | 福岡国際医療福祉学院             |
| 2015年 | 国際医療福祉大学大学院 講師         |
| 2017年 | 国際医療福祉大学大学院 准教授        |

【対象者】 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療関係者

【会場】 国際医療福祉大学 福岡キャンパス2号館 4階401教室  
(福岡市早良区百道浜2-4-16)

【申込期間】 12/2日(土)まで

【定員】 100名

【参加費】 500円(資料代として当日会場にてお支払ください)

➡**申込方法については2ページ目をご覧ください。**

### 【交通アクセス】

#### ◆バスをご利用になられる方

西鉄バス「医師会館・ソフトリサーチパーク前」バス停車。  
徒歩約1分。

#### ◆地下鉄をご利用になられる方

福岡市地下鉄「西新」駅下車。徒歩約15分。

ヤフオク!ドーム等のイベント状況により混雑が予想されます。  
会場までは公共交通機関をご利用ください。



# 脳卒中片麻痺患者のリハビリテーション 参加申込みについて

◆参加申し込みは、メールまたはFAXにてお受けいたします。

◆申し込みが完了いたしましたら、確認メールまたはFAXを送付いたしますので、必ずご確認ください。  
※ご施設で複数名お申し込みの場合は、①の代表者の方へ一括してご連絡させていただきます。

① メールの場合 ▶



メールアドレス : **fukucamp@iuhw.ac.jp** 宛  
に  
下記項目をすべてご記入のうえ、ご送信下さい。

② FAXの場合 ▶



下記の申込用紙に必要事項をご記入のうえ、  
FAX : **092-407-0474** へご送信下さい。

|       |   |       |  |
|-------|---|-------|--|
| 勤務先   |   |       |  |
| 同住所   | 〒 |       |  |
| T E L |   | F A X |  |

◆お申込み**代表者の方の氏名**を①の欄にご記入下さい。

|   |             |     |        |     |
|---|-------------|-----|--------|-----|
| ① | 所属部署／( 役職 ) | ( ) | 性 別    | 男・女 |
|   | 職 種         |     | 経験年数   | 年   |
|   | フリガナ        |     | E-Mail |     |
|   | 氏 名         |     |        |     |
| ② | 所属部署／( 役職 ) | ( ) | 性 別    | 男・女 |
|   | 職 種         |     | 経験年数   | 年   |
|   | フリガナ        |     | E-Mail |     |
|   | 氏 名         |     |        |     |
| ③ | 所属部署／( 役職 ) | ( ) | 性 別    | 男・女 |
|   | 職 種         |     | 経験年数   | 年   |
|   | フリガナ        |     | E-Mail |     |
|   | 氏 名         |     |        |     |
| ④ | 所属部署／( 役職 ) | ( ) | 性 別    | 男・女 |
|   | 職 種         |     | 経験年数   | 年   |
|   | フリガナ        |     | E-Mail |     |
|   | 氏 名         |     |        |     |
| ⑤ | 所属部署／( 役職 ) | ( ) | 性 別    | 男・女 |
|   | 職 種         |     | 経験年数   | 年   |
|   | フリガナ        |     | E-Mail |     |
|   | 氏 名         |     |        |     |

※ご提供いただいた個人情報は、本講座の業務以外の目的で使用することはありません。

<お問い合わせ先>

国際医療福祉大学大学院 福岡キャンパス事務局

TEL : 092-407-0434

〒814-0001 福岡県福岡市早良区百道浜2-4-16

(国際医療福祉大学 福岡キャンパス2号館内)

FAX : 092-407-0474