

平成 27 年 8 月 1 日

平成 27 年度 第 1 回福祉用具委員会研修会について（ご案内）

拝啓 季夏の候、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、車いすとシーティングの臨床教育スペシャリストとして世界各国で臨床指導・技術指導・専門教育を実践している米国サンライズメディカル社の理学療法士エイミー・ビョンソン女史（Ms. Amy Bjornson）を講師にお招きし、福祉用具委員会研修会を開催いたします。シーティングの基本的考え方から実践まで、大変分かり易くご講義いただけます。ご多忙の折とは存じますが、是非多くの皆様にご参加いただけますよう、宜しく願い申し上げます。

敬具

記

- 1.主 催：一般社団法人山梨県作業療法士会
- 2.テ ー マ：『はじめて座る車いす』
- 3.日 時：平成 27 年 10 月 4 日（日）10:00～16:00（9:30～受付）
- 4.会 場：山梨県立青少年センター 多目的ホール
（山梨県甲府市川田町 517 番地 055-237-5312）
- 5.講 師：Amy Bjornson（Sunrise Medical Pty,Ltd 理学療法士） ※別紙参照
- 6.対 象：作業療法士・その他関連職種・学生等
- 7.定 員：120 名（一般社団法人山梨県作業療法士会員優先）
非会員に関しては申し込み者多数の場合、先着順とさせていただきます
- 8.受 講 費：（一社）山梨県作業療法士会会員（会員証明の提示がある場合）・・・500 円
（一社）山梨県作業療法士会会員（会員証明の提示がない場合）・・・1,000 円
（一社）山梨県作業療法士会非会員・・・・・・・・・・・・・・・・・・5,000 円
他関連職種・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1,000 円
学生等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・無料
- 9.申し込み：同封の申し込み用紙に必要事項をご記入の上、FAX にてお送り下さい。
※締め切り：平成 27 年 9 月 15 日（火）必着

以上

※本研修会に関して何かご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

一般社団法人山梨県作業療法士会 常設委員会福祉用具委員会 関谷 宏美 甲州リハビリテーション病院 リハビリテーション室 TEL 055-262-3121（代） FAX 055-262-3727



Amy Bjornson, BS, MPT, ATP

[エイミー・ビョンソン]

クリニカル・エジュケーション・マネージャー

オーストラリア-アジア

Sunrise Medical Pty, Ltd

アメリカ合衆国にて17年間 PTとして成人、小児、脊髄損傷患者への処方・評価、身体障害のある患者への補助技術の支給などの経験を積む。ボストンのクリニックにてシーティング・モビリティの責任者も勤め、United Cerebral Palsy 財団への相談支援にも従事する。“脊髄損傷の治療の為に衛生管理ガイド”と“外傷性脳損傷の治療”などの本を出版している。

その後エイミー氏はサンライズ・メディカルに転職 -2000年に北アメリカの会計代表として従事し、2002年には教育担当部署に異動。2007年7月よりサンライズ・オーストラリアにて医療的教育のスペシャリストとして、専門的教育、車いすシーティングの相談支援などをオーストラリア-アジアにて行う。2007年よりエイミー氏はシーティングセミナーなどを、日本・中国・香港・マレーシア・シンガポール・タイにて各国の病院などで行い、その他にもベトナムやモンゴルなどの発展途上国の医療現場にも訪問している。

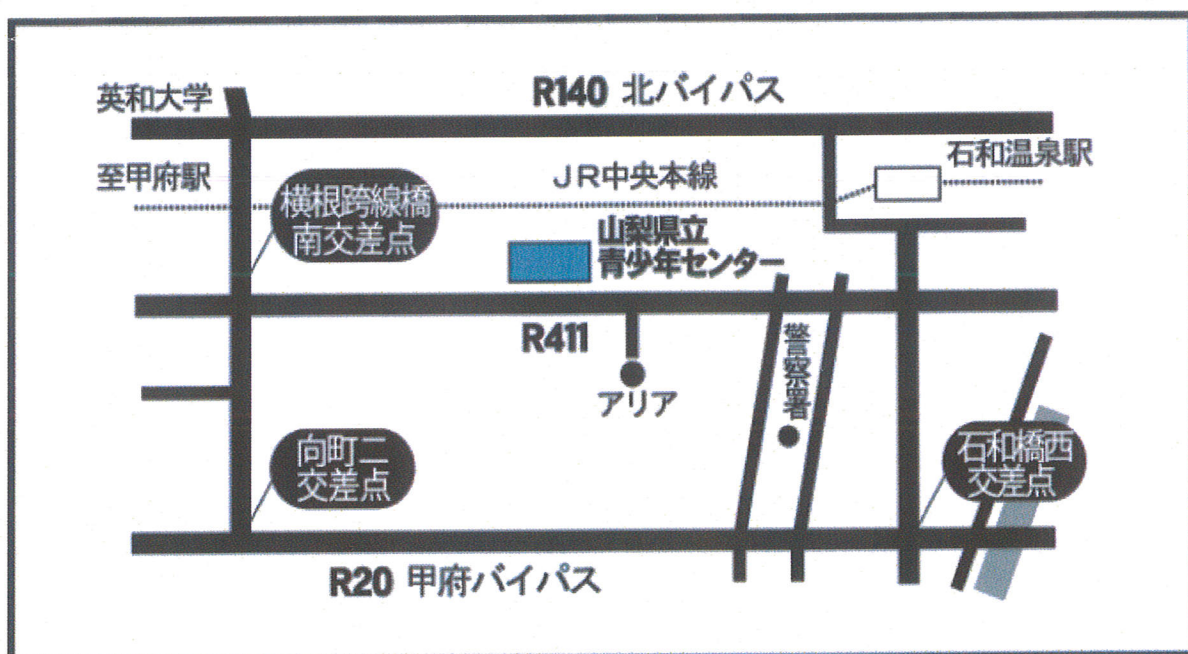
エイミー氏はATPの認定を1995年に得ており、NRRTSとも交友がありRESNAのメンバーでもある。現在でも Wheelchairs for Humanity and Health Volunteers Overseas のメンバーでもある。

会場案内

所在地

山梨県立青少年センター

住所：〒400-0811 山梨県甲府市川田町 517 番地



※駐車台数に限りがあり、駐車スペースを保証するものではありません。
※自家用車でお越しの場合には、乗り合わせ等の工夫をお願いします。

平成 27 年度 第 1 回福祉用具委員会研修会
 受講申し込み書 (FAX 送信表)

送信先	〒406-0032 山梨県笛吹市石和町四日市場 2031 甲州リハビリテーション病院 リハビリテーション室 関谷 宏美 宛 FAX : 055-262-3727
送信元	貴施設名 : _____

申込締め切り : 平成 27 年 9 月 15 日 (火)

	フリガナ ----- 氏 名	職 種	経 験 年 数 (年 目)
1	-----		
2	-----		
3	-----		
4	-----		
5	-----		
6	-----		
7	-----		
8	-----		
9	-----		
10	-----		

* 施設でとりまとめて申し込んでいただくようお願い致します。用紙が足りない場合はコピーしてご使用ください。