

# 令和2年度 高次脳機能障害症例検討会

今年度の症例検討会は大田区立志茂田福祉センターの症例について、参加者それぞれの立場で意見交換を行います  
また、障がい者総合サポートセンターから、自立訓練サービス、就労支援の事例についてもお話いただきます

日時

令和2年 **11月30日** (月) 18時～20時 (17時40分 受付開始)

場所

大田区立障がい者総合サポートセンター  
A棟5階 多目的室  
〒143-0024 大田区中央4-30-11  
Tel 03-5728-9133

定員

**36名** ■参加費無料

※お申し込み多数の場合、人数を調整させていただきますので、ご了承ください。



申込

- 裏面「FAX送信票」をご記入の上、FAX送信ください
- 下記メールアドレス宛 ①氏名(ふりがな) ②職種 ③所属名 ④連絡先(電話番号)をご明記の上、お申し込みください
- ホームページの「研修会申し込み」フォームより、お申し込みください

▶▶▶ <http://www.ebara-hp.ota.tokyo.jp/form/noukinou/>

荏原病院の区南部圏域高次脳機能障害支援普及事業のホームページから、症例検討会の申し込みができるようになりましたので、是非、ご利用ください

- お申し込み期限 : 令和2年11月16日(月)

その他

**新型コロナウイルス感染対策のため、事前の検温と会場内のマスク着用にご協力ください**



共催 大田区 / 区南部圏域高次脳機能障害支援普及事業 (事務局：荏原病院)

■お申し込み・問い合わせ先■

区南部圏域高次脳機能障害支援普及事業 荏原病院 地域医療連携室(担当:中村・佐藤)  
Tel:03-5734-8000(内線1618) Fax:03-5734-7018 E-mail:S701030000@tokyo-hmt.jp



# FAX送信票

宛先： 荏原病院 地域医療連携室 中村 宛

送信先FAX： **03-5734-7018**

E-mail： S701030000@tokyo-hmt.jp

区南部圏域高次脳機能障害支援普及事業「専門的リハビリテーションの充実事業」

## 令和2年度 高次脳機能障害症例検討会

### ■参加申込書■

所属（病院・関係機関）名	職 種
E-mail アドレス（個人・部署）	電話番号

お申込者（ふりがな）	職種
ふりがな 氏名	
ふりがな 氏名	
■ご配慮が必要な方はご記入ください（後日、配慮の内容など確認後、ご検討させていただきます）	

**※令和2年11月16日(月)までにお申し込みをお願いいたします。**

なお、お申し込み多数の場合、人数を調整させていただくことがありますので、ご了承ください

#### ■お申し込み・問い合わせ先■

区南部圏域高次脳機能障害支援普及事業

公益財団法人 東京都保健医療公社 荏原病院 地域医療連携室（担当）中村・佐藤

TEL：03-5734-8000（内線 1618）FAX：03-5734-7018

E-mail：[S701030000@tokyo-hmt.jp](mailto:S701030000@tokyo-hmt.jp)

ホームページから症例検討会の申し込みができるようになりました。

