

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」



日時・場所

令和4年度

高次脳機能障害 症例検討会

令和4年 **10**月**7**日(金)
18時30分～20時(18時 受付開始)

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

令和4年度の症例検討会は、大田区の症例を参加者それぞれの立場で、支援方法および行政・医療・福祉サービス・地域活動との役割分担について考えていきます。



お申し込み



■裏面「参加申込書」ご記入の上、FAX
送信ください

■下記メールアドレス宛に
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

■東京都立荏原病院の高次脳機能障害支援
普及事業ホームページの「研修会の申し
込み」フォームよりお申し込みください

申し込み期限

令和4年9月30日(金)

共催 大田区立障がい者総合サポートセンター
区南部圏域高次脳機能障害支援普及事業
(事務局：東京都立荏原病院)



定員

36名 ■参加無料■

■お申込み多数の場合は、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。

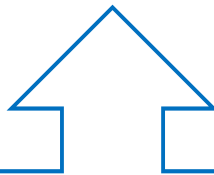
■新型コロナウイルス感染対策のため、事前の検温と
会場内のマスク着用にご協力をお願いします。

■また、今後の感染状況によっては、急遽、延期になる
場合もあります。
なにとぞご理解くださいますようお願いいたします。



■問い合わせ先■

区南部圏域高次脳機能障害支援普及事業 東京都立荏原病院 患者・地域サポートセンター(担当：中村・内山)
Tel: 03-5734-8000(内線1617) Fax: 03-5734-7018 E-mail: S701030000@tokyo-hmt.jp



宛先：東京都立荏原病院 患者・地域サポートセンター 中村 宛

送信先： **FAX 03 (5734) 7018**

送付状なしで、このままご送信下さい

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4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	部 署
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4年9月30日(金)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

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立荏原病院 患者・地域サポートセンター

TEL：03-5734-8000（代表） 担当：中村・内山（内線1617）

E-mail：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。

