



# FAX 第1回 認知症ケアに携わる者のリハビリテーション研修会のご案内

発信先： 高齢者部門, リハビリテーション部門, 看護部門, 介護部門 担当者様

-----

発信元： 西九州大学 リハビリテーション学部  
 作業療法学専攻 上城 研究室  
 FAX 番号：0952-51-4481 電話番号：0952-37-9320  
 e-mail：kami.jouk0703@yahoo.co.jp

佐賀県健康福祉部委託事業 佐賀県作業療法士会主催

拝啓

初秋の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。今年度も県の委託事業を受託することができました。

第1回目は、医師の中島美和子先生をお招きし、認知症予防の「脳活性化プログラム実践」についての講義を願っております。万障お繰り合わせの上ご参加くださいますよう謹んでご案内申し上げます。

敬具

### 記

日 時：平成 29 年 10 月 19 日 (木) 19：00～21：00 (質疑応答含む)  
 テーマ：脳活性化プログラムの実践  
 講 師：中島 美和子 先生 (ゆたか内科消化器科クリニック 医師)

会 場：西九州大学 7号館リハビリ棟 6F

参加費：無料

対 象：リハ職に限らず介護職・ケアマネージャーの方など幅広く参加できます。

申し込み：ホームページ (<http://k-club.eco.to/dementia/index.html>) ・ Fax ・  
 メール にて申込みください。

締め切り：平成 29 年 10 月 18 日 (水)



## F A X 送付のご案内

送付先： 西九州大学 リハビリテーション学部

作業療法学専攻 上城 研究室 行き

FAX 番号：0952-51-4481

住 所：〒842-8585 佐賀県神埼市神埼町尾崎 4490-9

Web サイト：<http://www.nisikyu-u.ac.jp/>

### 発信元

施設名： \_\_\_\_\_

連絡先 FAX 番号： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

件 名： 認知症ケアに携わる者のリハビリテーション研修会のご案内の件  
送付枚数（送付状を含む）：1

参加者氏名	職種	参加者氏名	職種
1.		7.	
2.		8.	
3.		9.	
4.		10.	
5.		11.	
6.		12.	