

平成28年度「高次脳機能障害 入門講座」

後期申込用

この入門講座は、高次脳機能障害についての基礎知識を学ぶ講座です。1回のみ参加も可能です。

開催日	内容
平成28年 11月18日(金)	第1回 「発症からのステップ～社会参加に向けて～」 高次脳機能障害とは？発症から社会参加に向けた各ステージで意識したいこと等をお話します。
平成28年 12月16日(金)	第2回 「注意障害・記憶障害・遂行機能障害について」 高次脳機能障害で生じる可能性のある注意障害、記憶障害及び遂行機能障害の概要とそれらに対する工夫例についてお話します。
平成29年 1月20日(金)	第3回 「社会的行動障害について」 高次脳機能障害で生じる可能性のある社会的行動障害の概要とそれらに対する工夫例についてお話します。
平成29年 2月17日(金)	第4回 「失語症について」 高次脳機能障害で生じる可能性のある失語症について、言語聴覚士から、失語症の概要とそれに対する工夫例についてお話します。
平成29年 3月17日(金)	第5回 「就労に向けて」 高次脳機能障害のある方が、働くために必要なこととは？ 就労の準備から就労に至るまで、ご本人やご家族及び支援者が、共通して知っておきたい基本的な内容や、支援・連携のポイントをお話します。

時間：午前10時～午前11時

会場：京都市地域リハビリテーション推進センター 1階 研修室（京都市中京区壬生仙念町30番地）

講師：京都市高次脳機能障害者支援センター 支援コーディネーターその他

受講対象者：市内にお住まいの高次脳機能障害のある方やそのご家族及びその支援者

市内にお住まいの高次脳機能障害に関心がある方

定員：先着70名

参加費：無料

申込方法：裏面の「申込書」に必要事項を記載し、FAXにてお申込みください。（電話によるお申込みも受け付けます。）

後期日程分の申込は、平成28年10月3日から受け付けます。

申込締切：各開催日の2日前（ただし、定員に達し次第、締め切ります。）

地域がエールです。



【申込先・問合せ先】

京都市高次脳機能障害者支援センター（京都市中京区壬生仙念町30番地）

※京都市高次脳機能障害者支援センターは、京都市地域リハビリテーション推進センター1階にあります。

TEL：(075)823-1658 FAX：(075)842-1541

受付時間：月曜日～金曜日（祝日・年末年始除く） 8:30～12:00及び13:00～16:00

ホームページ：http://koujinoukinou-city-kyoto.jp

Facebook  : https://www.facebook.com/koujinoukinou.city.kyoto



(ホームページ)



(Facebook)

平成28年度「高次脳機能障害 入門講座」後期 申込書

必要事項をご記入のうえ、該当する□にチェック、受講希望日に○をしてください。

ふりがな		お住まいの行政区 () (区)
申込者氏名	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害のある方 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 上記以外の方	連絡先Tel - 連絡先FAX - 支援者の方は、事業所名を記入してください。 (事業所名)
受講希望日 (後期) (受講希望日に○をしてください。) 平成28年11月18日(金) 第1回 「発症からのステップ～社会参加に向けて～」 12月16日(金) 第2回 「注意障害・記憶障害・遂行機能障害について」 平成29年 1月20日(金) 第3回 「社会的行動障害について」 2月17日(金) 第4回 「失語症について」 3月17日(金) 第5回 「就労に向けて」		
ふりがな		お住まいの行政区 () (区)
申込者氏名	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害のある方 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 上記以外の方	連絡先Tel - 連絡先FAX - 支援者の方は、事業所名を記入してください。 (事業所名)
受講希望日 (後期) (受講希望日に○をしてください。) 平成28年11月18日(金) 第1回 「発症からのステップ～社会参加に向けて～」 12月16日(金) 第2回 「注意障害・記憶障害・遂行機能障害について」 平成29年 1月20日(金) 第3回 「社会的行動障害について」 2月17日(金) 第4回 「失語症について」 3月17日(金) 第5回 「就労に向けて」		
ふりがな		お住まいの行政区 () (区)
申込者氏名	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害のある方 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 上記以外の方	連絡先Tel - 連絡先FAX - 支援者の方は、事業所名を記入してください。 (事業所名)
受講希望日 (後期) (受講希望日に○をしてください。) 平成28年11月18日(金) 第1回 「発症からのステップ～社会参加に向けて～」 12月16日(金) 第2回 「注意障害・記憶障害・遂行機能障害について」 平成29年 1月20日(金) 第3回 「社会的行動障害について」 2月17日(金) 第4回 「失語症について」 3月17日(金) 第5回 「就労に向けて」		

※後期日程分の申込は、平成28年10月3日から受け付けます。各講座の2日前までにお申込みください。
 ただし、定員に達し次第、締め切りますので、お早目にお申込みください。

FAX (075) 842-1541

<受付時間>月曜日～金曜日(祝日・年末年始除く)
 8:30～12:00及び13:00～16:00