

この機会を見逃すな！！是非あなたの進路の参考に！
知ろう！聞こう！やってみよう！

中学生リハビリ体験セミナー

【日時】2019年**8月18日(日)** 14:00~16:30

【会場】埼玉石心会病院3階 **「リハビリテーション室」**

住所：狭山市入間川2-37-20

【定員】**抽選30名様** 中学生1年生から3年生(要保護者同伴)
(服装：動きやすい服装、スニーカー)

【お申込み方法・期間】

本紙裏面の「お申し込み書」をFAX送信してください **期間：7月12日(金)~8月2日(金)**

第1部 開会式・オリエンテーション

第2部 **理学療法士・作業療法士・言語聴覚士各職種体験**

理学療法士 (運動療法や物理療法を用いて自立した生活ができるよう訓練や支援する)

- ・ 自転車をこぎながら (心電図で) 心臓の動きをみる
- ・ テーピング体験 (運動で痛いところにテーピングをしてみる)

作業療法士 (日常生活の動作、手芸や園芸などあらゆる作業動作ができるよう訓練や支援する)

- ・ 革細工体験
- ・ 低周波の治療体験

言語聴覚士 (言語や聴覚、音声などに関わる障害に対して訓練や支援する)

- ・ トロミの付いたお水の体験
- ・ レントゲンで飲み込みが行われている様子の動画を見る



お問合せ先…埼玉石心会病院 ☎:04-2953-0909 平日10:00~16:00

主催：一般社団法人 みんなの健康

協賛：社会医療法人財団石心会 埼玉石心会病院 教育委員会

後援：狭山市/入間市/飯能市



8/18（日）中学生リハビリ体験セミナー お申し込み書

『埼玉石心会病院 企画・広報課』宛

FAX：04-2003-8809

※表裏をご確認してご送信ください

ふりがな

お名前： _____ 性別： 男・女

住所：〒 _____ 都・県 _____ 市 _____

電話： _____ - _____ - _____

※必ずご連絡が取れる電話番号をご記入ください。

学校名/学年： _____ 中学校 _____ 年生

参加同意書名（保護者）： _____ （続柄） _____

セミナー参加の動機をご記入下さい。

★注意事項：以下の3点にご同意いただき、お申し込みください。

①「個人情報の取り扱いについて」

参加申し込みの際に記載して頂く個人情報は、本セミナーの開催・運営のみ利用させていただきます。

②取材について

セミナー当日は、テレビ、新聞など、報道関係者が取材をさせていただきます場合がございます。インタビューを受けた場合は、放送・記事となる可能性がありますので、ご了承ください。

③感染・針刺しについて

本セミナーは、埼玉石心会病院で開催しますが、参加者が患者さんに直接接触することはありません。なお、不測の感染症集団発生等によりセミナーの開催を中止する場合がありますので、ご了承ください。

また、針刺しは自己責任となりますので、ご了承ください。

申込書送付先：

埼玉石心会病院 企画・広報課 長谷川裕介

〒350-1305 埼玉県狭山市入間川2-37-20

TEL:04-2953-0909 E-mail yusuke-hasegawa@saitama-sekishinkai.org

