



いろいろな研修を受けたけど・・・  
やっぱり介護は大変! (-\_-i)

**そんな思いをしている方へおすすめします!**

人の動きに基づく、今までとはまた違った新しい介護の考え方を学ぶコースです。  
介護する人、される人にとってやさしい介護を学習します。

## キネステティクス®ベーシックコース

開催日時：2017年7月9日、29日、8月6日の3日間

時間：9:00～17:30 (3日間)

開催場所：福岡県立大学附属研究所 1階 大セミナー室  
福岡県田川市伊田4395

受講料：27,000円 (3日間、テキスト代、登録料含む)

対象：介護職、看護師、リハ関係、介護されている方、他

講師：キネステティクス®トレーナー

松村美幸・海尾美年子

定員：15名

申し込み：申し込み用紙にて。 **締め切り：6月30日**

連絡先：NPO福祉用具ネット

TEL/FAX 0947-42-2286

- ◆動きやすい服装でご参加ください。
- ◆開催時間はコース内容により多少のズレが生じる場合があります。
- ◆昼食は各自ご用意ください。

キネステティクスとは？

- 2人の行動サイバネティクス博士のアメリカ人の創始者により考案された動きの学問。
- 人の1日の生活の動き(活動)を6つの視点から考え(6つの概念)、動きを分析する。
- 3日間のコースは自分の身体を動かし、自分の動きに気づくことから始まります。
- コースの中で沢山の発見があることでしょう。

**お得な割引!!**

**NPO福祉用具ネット会員の方**

初回 **22,000円**

複数でのお申し込みの方 (非会員の方のみ)

2人同時お申し込み 各1000円引き

3人以上 各2000円引き

◆職場、グループでのご参加がお得です!

再受講の方 **17,000円**



ファックス0947-42-2286 (NPO福祉用具ネット) 又は郵送でお申込み下さい。

平成29年7月・8月開催  
キネステティクス®ベーシックコース申し込み用紙

申込日 平成29年 月 日

受講希望欄にチェック ●印を付けて下さい。 申込締切日 平成29年6月30日厳守

申込締切日をご確認の上、お申込みしていただきますようお願い致します。

受講費用は事前振込となります。受講確定者には受講費用の振込案内を通知致します。

コース内容	受講希望欄	受講費用		受講費用
	申込 チェック欄	NPO福祉用具ネット会員 正会員・賛助会員		非会員
ベーシックコース 7月9日(日)・29日(土)、 8月6日(日)	<input type="checkbox"/> 初回	初回	22,000円	初回 27,000円
	<input type="checkbox"/> 再受講	再受講	17,000円	再受講 17,000円
申込者の お名前 (はっきりと分か りやすくご記入く ださい)	ふりがな _____ 職種(_____)			
	お名前 _____ 性別 男・女 _____			
	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	(ベーシックコースは修了証を発行しますので正確に記入して下さい)			
	団体会員で複数の方が受講される場合は以下にお名前・生年月日等をご記入下さい。			
	お名前 (ふりがな)	生年月日	性別	職種
自宅又は職 場の連絡可 能な住所をお 書き下さい。 どちらかの住所 であるか☑して 下さい。	( <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場 ) 住所 _____			
	電話( _____ ) FAX ( _____ )			
	連絡可能な時間もご記入下さい。( _____ )			
	事業所・施設・病院等の名称 _____			
	電話( _____ ) FAX ( _____ )			
職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> FJCコーディネーター <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 在宅介護者 <input type="checkbox"/> 相談員( _____ ) <input type="checkbox"/> 学生(学校名 _____ ) <input type="checkbox"/> 上記に該当しない場合は具体的に _____ )			
会員区別	<input type="checkbox"/> 個人正会員 <input type="checkbox"/> 団体会員(団体名 _____ ) <input type="checkbox"/> 非会員			

お申込み先又はお問合せ先 〒825-8585 福岡県田川市伊田4395 福岡県立大学内  
「特定非営利活動法人 NPO福祉用具ネット 事務局」担当 大山 宛  
TEL/ファックス 0947-42-2286

(ご記入いただいた個人情報は、本目的以外には使用致しません。)