

ラ ッ プ

近畿大学医学部奈良病院 岡田 章  
公益財団法人大阪難病研究財団  
「精神病理学を考える研修セミナー」第19回目



# WRAP

## ファシリテーター養成研修 inなかまの家

平成28年10月26日(水)～30日(日)  
午前10時から午後5時まで(休憩を含む)  
テーマ:ファシリテーター養成研修(5日間の参加のみ)  
定員:18名

参加費 10000円

減免 5000円

(手帳をお持ちの方など)

\*公益財団法人大阪難病研究財団の助成を受けています。



研修を終了した方はWRAPファシリテーターとして、WRAPクラスやワークショップを開催することができます。

対象者はWRAP クラスを修了し、かつ、自分の WRAP を持っていて、5日間全ての日程に参加できる方です。

【講師】アドバンスレベル

WRAPファシリテーター

津野稔一氏 大川浩子氏

事前申し込み要(裏面の申込用紙にて)  
定員になり次第締め切らせていただきますので  
お早めに申し込みください。

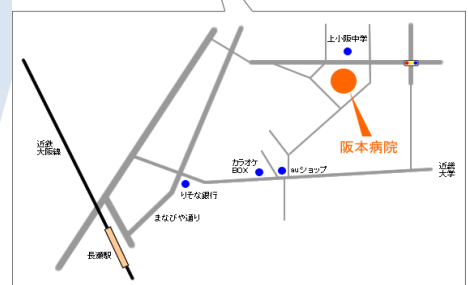
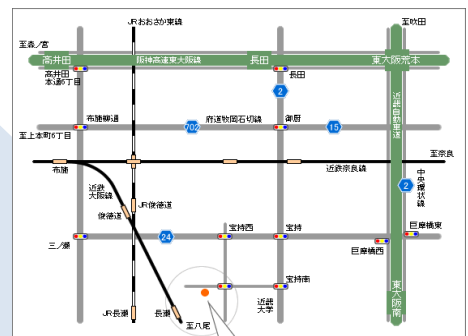
場所:阪本病院 (右地図参照)

(大阪府東大阪市西上小阪7-17)

問い合わせ先:医療法人聖和錦秀会 阪本病院  
デイ・ナイトケア「なかまの家」担当 桑田・西田

TEL・FAX:06-6721-0255

メールアドレス: nakamanoie@smhc.or.jp



# 申込書(FAX・郵送)

FAX 06-6721-0255

## WRAPファシリテーター養成参加申込書



下記項目にご記入のうえ、FAXまたは郵送にてご送付ください。

メールでお申込みの方は同内容をご記載ください。メールアドレス: nakamanoie@smhc.or.jp

### 郵送の場合の宛先・住所

〒577-0811 大阪府東大阪市西上小阪7-17

医療法人聖和錦秀会 阪本病院 デイ・ナイトケア「なかまの家」宛

※応募多数等で受付できなかった場合のみ、ご連絡いたします。ご了承ください。

ご施設名 (医療機関名)	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

ご連絡先 住所・電話等	〒 <input type="text"/>
連絡ご担当者:	TEL: <input type="text"/>
メールアドレス:	FAX: <input type="text"/>

参加者	ふりがな 氏名 <input type="text"/>
	職名・職種: <input type="text"/>

※お申し込みいただきました情報は、本セミナーへのご参加受付以外の目的には使用いたしません。

※大変恐縮ではございますが、定員になり次第締め切らせていただきますのでお早めにお申し込みいただけますようお願い申し上げます。

FAX 06-6721-0255

医療法人聖和錦秀会 阪本病院  
デイ・ナイトケア なかまの家 桑田・西田

矢印の方向にセットしご送付ください

阪本病院行き