



精神科 OT 座談会

～身近な OT と繋がろう～

日時：令和3年7月10日（土）14:00～17:00（受付：13:30～）

開催方法：Zoomを使用したWeb研修

参加費：会員 1,000円 非会員 2,000円 学生（県内養成校）無料

（事前振り込み ※後述に詳細あり ※振込期間 6/1～7/2）

参加申し込み締め切り：令和3年7月2日（金）17:00まで

【研修の概要】

今年度、最初の研修の為、新人・若手OTさん達が参加しやすい会になるといいなと企画しました。働き始めて色々な不安や悩みを抱えながら必死で頑張っている時期だと思います。先輩OTの話を聞いたり、Zoomの画面を通してではありますが、色々な人の顔を知れて繋がりができたり親交を深めれたり、不安や悩みが少しでも軽減できて、「明日から少し頑張ろ～！」と思えるような研修会になるといいなと思っています。また、新人・若手OTだけでなく、中堅OT、ベテランOTの方々も、日々の困り事や悩み事を話し何か解決の糸口を見つけられるような会になればと思っています。

今回の研修会の内容は、グループワークを①地区別（東部・中部・西部）、②困りごと別、③世代別と3セクション行う座談会形式の会となっております。グループワークとなっていますが、新人の皆さんには先輩たちの話を聞いているだけでもOKですよ！気軽に参加していただけたらと思います。皆様の参加をお待ちしております。

●参加申し込み方法

- ・問い合わせ Mail アドレス
- ・FAX
- ・QRコード（Google フォーム）
URL : <https://forms.gle/GjphnjgZmBDnsqqG7>



●参加費振込方法

- ・参加費：会員 1,000 円 非会員/会費未納の方 2,000 円 学生（県内養成校）無料
- ・振込先： 銀行名：静岡銀行
支店名：本店営業部
座番号：普通 1789337
座名：公益社団法人 静岡県作業療法士会 学術部 精神障害班
代表 川口恭子（カワグチキヨウコ）

- ・支払方法：
 - ・事前振り込みをお願いします。
 - ・手数料は自己負担となります。
振込手続きの際、「参加費+手数料の合計金額の入力」をお願いします。
振込手数料は各金融機関で異なりますのでご確認下さい。
 - ・振込人欄には、会員番号・名前の順番で入力をお願いします。
(例：100000 トクガワイエヤス)

●振り込み期間：令和3年6月1日（火）～令和3年7月2日（金）

＜＜申し込み後の流れ＞＞

- ・7月 2日 までに参加申し込みと事前振り込みをお願いします。
↓
- ・7月 3日～ ZOOM の ID・パスワードを配布します。
↓ (事前に登録頂いた Mail アドレスへ配布します。)
- ・7月 10日 13:30 になりましたら ZOOM への入室が可能になります。
14:00までに ZOOM を起動し ID・パスワードで入室をお願いします。

●（注1）gmail や yahoo!メールといったフリーメールでの申し込み登録をおすすめします。

ドコモ・au・ソフトバンクのキャリアメールアドレスでの申し込みも可能ですが、迷惑メール機能を設定している場合には、送信できない恐れがあります。

●（注2）振り込み完了後のキャンセルに関して、原則返金はいたしません。

●問い合わせ／Mail 申し込み

伊豆函南病院 酒井一道

・TEL : 055-974-0121

・Mail : SKIKZNR@gmail.com

（Mail 申し込みの際は、FAX 申込書内の質問事項を Mail 内に記載の上、お申込み下さい。）

令和3年度 第1回研修会 参加申込書

※送信表は不要です。

FAX送信先：055-974-1503
伊豆函南病院／酒井一道 宛

【送信者】

- ・施設名：_____
- ・氏名：_____
- ・連絡先：_____

申込み締切：令和3年7月2日（金）17:00まで

◆該当項目に必要事項もしくは『レ点』の記載をして下さい。記入漏れの無いようご協力お願い致します。

(フリガナ) 参加者氏名	会員番号	経験年数	Mail アドレス
		年目	
地区別	<input type="checkbox"/> 東部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 西部		
参加希望グループ	<input type="checkbox"/> 入院 OT グループ <input type="checkbox"/> デイケアグループ <input type="checkbox"/> 地域（訪問、作業所など）のグループ		
話を聞いてみた内容	<input type="checkbox"/> 臨床での患者様の対応について <input type="checkbox"/> 評価、観察のポイント <input type="checkbox"/> カルテ記載のポイント <input type="checkbox"/> 患者様とのラポール形成の築き方 <input type="checkbox"/> 中間管理業務（マネージャーとプレーヤーのバランス） <input type="checkbox"/> 作業療法の成果の示し方		
その他、困りごとや聞いてみたいことがありますら、ご記入ください。			
(フリガナ) 参加者氏名	会員番号	経験年数	Mail アドレス
		年目	
地区別	<input type="checkbox"/> 東部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 西部		
参加希望グループ	<input type="checkbox"/> 入院 OT グループ <input type="checkbox"/> デイケアグループ <input type="checkbox"/> 地域（訪問、作業所など）のグループ		
話を聞いてみた内容	<input type="checkbox"/> 臨床での患者様の対応について <input type="checkbox"/> 評価、観察のポイント <input type="checkbox"/> カルテ記載のポイント <input type="checkbox"/> 患者様とのラポール形成の築き方 <input type="checkbox"/> 中間管理業務（マネージャーとプレーヤーのバランス） <input type="checkbox"/> 作業療法の成果の示し方		
その他、困りごとや聞いてみたいことがありますら、ご記入ください。			

*後日、上記 Mail アドレス宛に、Zoom 用研修会 ID・パスワードを配布させて頂きます。