



# 一般社団法人 鹿児島県言語聴覚士会 第11回 新人教育研修会

## テーマ

『小児の摂食嚥下リハビリテーション  
～言語聴覚士の立場から～』

※実技も織り交ぜながらご講演頂く予定です

## 講師

医療法人 菊野会  
菊野病院 言語聴覚士

池上 敏幸 氏

日時 平成 29年 9月 3日 (日曜日)  
14時 ~ 16時 (13時30分~受付)  
※午前中は同会場で「基礎講座」あります

場所 鹿児島医療技術専門学校  
2号館 1階機能訓練室  
住所 鹿児島市平川町字宇都口5417-1  
TEL 099-261-6161

対象 鹿児島県言語聴覚士会 会員のみ

参加費 無料

定員 36名 (先着順とさせていただきます)  
(定員に限りがございますので、参加ご希望の会員は早めにお申し込み下さい)

特記 実技が含まれておりますので、「動きやすい服装」と「上履きを持参」してお越し下さい。



平成29年7月24日(月)～平成29年8月25日(金)

9月3日(日)

### 1. お申込み

・必ずメールにてお申し込みください。

受付メールアドレス

stkagoshima.sanka  
@gmail.com

※申し込みの詳細は別紙(2枚目)をご参照下さい

※お申し込みメール受信後、1週間以内に確認メールを送信いたします。上記アドレスから受信が可能となるように設定をお願い致します。返信がない場合は、恐れ入りますが、担当者(問い合わせ先)までご連絡ください。

### 2. お振込み

・参加費が必要な区分の方は参加費の振込をお願いします(詳細は別紙参照)  
・期日内に振り込みを確認できない場合は、参加をお断りすることがございます。  
・一度入金いただいた参加費は返金できません。

### 3. 当日

・日本言語聴覚士協会会員の方は会員証をご持参ください。(基礎講座のみ)

※天候不良等により予定を変更する際は県士会HPにてお知らせ致します。

※当日は「上履き」又は「スリッパ」をご持参下さい

### 【問い合わせ先】

一般社団法人 鹿児島県言語聴覚士会 学術局  
890-0062 鹿児島市与次郎1丁目 7-1  
米盛病院 言語聴覚士 石原 禎人  
TEL 099-230-0100

## 申込み 及び 参加費の納入方法

### 申込み方法

※基礎講座・新人教育研修の両方に参加される方は合わせてご申込下さい。

【メールアドレス】

**stkagoshima.sanka@gmail.com**

【必要記入事項】

- ・表題に「9/3 研修会」と記入
- ・本文に以下の項目を記入
  - ①氏名 (ST経験年数)
  - ②所属名
  - ③参加区分 (基礎講座区分○) ※基礎講座受講者のみ
  - ④所属県士会名
  - ⑤日本言語聴覚士会 会員 (会員番号: ) ・非会員
  - ⑥受講希望講座 (例: 基礎講座5・6・新人教育研修)

【申込期日】

**平成29年8月25日 (金) までにお申し込み下さい**

- ・お申し込みメール受信後、1週間以内に確認メールを送信いたします。上記アドレスから受信が可能となるように設定をお願い致します。返信がない場合は、恐れ入りますが、担当者 (問い合わせ先) までご連絡ください。

### 振り込み方法

◎基礎講座: 区分② 2000円 (1講座)

参加費が必要な区分の方は、下記の口座に事前納入をお願いいたします。

【郵便振替】

口座番号: 01770-0-163741

加入者名: 一般社団法人 鹿児島県言語聴覚士会

**振込期限 平成29年8月 25日 (金)** ※期日厳守

- ※郵便局にある青い振り込み用紙にて振り込みをお願いいたします。
- ※参加費納入者確認の為、必ずご依頼人の所属 (病院名等)、氏名、連絡先をお書き下さい。
- ※講習会当日のお支払いは出来ません。くれぐれもご注意ください。
- ※期日内に振り込みを確認できない場合は、参加をお断りすることがございます。
- ※一度入金いただいた参加費は返金できません。

《記入例》

通信欄  
・ご依頼人

9/3 研修会 参加区分○

おと  
ところ  
おな  
まえ  
〒○○○-○○○○

鹿児島県○○市○○……

鹿児島 太郎 (所属名) 様

(ご連絡先電話番号○○○-○○○-○○○○)

【問い合わせ先】

一般社団法人 鹿児島県言語聴覚士会 学術局

890-0062 鹿児島市与次郎1丁目 7-1

米盛病院 言語聴覚士 石原 禎人

TEL 099-230-0100