

平成 29 年 11 月 吉日

関係各位

佐賀県言語聴覚士会 会長 緒方 和則
保険局 田中 愛子



平成 29 年度 佐賀県言語聴覚士会主催 研修会開催のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

佐賀県言語聴覚士会主催研修会の開催にあたり、下記の要領にて事前の参加申し込みを募集いたします。多数の皆様のご参加をお待ちしております。

敬具

記

1. 研修会名称： 佐賀県言語聴覚士会 研修会
2. テーマ： 「高次脳機能障害者の支援」
3. 講師： 小野茂伸先生

(佐賀大学医学部附属病院 リハビリテーション科 佐賀県高次脳機能障害支援コーディネーター)

4. 開催日時： 平成 30 年 1 月 14 日 (日) 10 時 00 分～12 時 00 分 (受付：9 時 30 分～)
5. 会場： 佐賀県医療センター好生館 2 階 多目的ホール

6. 参加費： 佐賀県言語聴覚士会会員証 A カード=無料 ※カード忘れの場合非会員扱い
佐賀県言語聴覚士会会員証 B カード=3000 円
他県士会会員且つ協会会員=500 円 ※協会カード御持参下さい
他県士会会員且つ協会非会員=6000 円
他職種の方=500 円

7. 申し込み先： やよいがおか鹿毛病院 リハビリテーション科 村上幸隆・吉田史騎宛て
FAX : 0942-87-3159 E-Mail : y-murakami@kagehospital.or.jp

- ・別紙申し込み用紙を FAX またはメールで (*メール推奨) 上記宛先に送信して下さい。
- ・駐車券の処理をいたしますので、会場までご持参ください。

8. 問い合わせ先： 介護老人保健施設きりん 訓練部 田中愛子
TEL : 0952-98-0120 FAX : 0952-98-2224
MAIL : st@kirin-saga.or.jp

佐賀県言語聴覚士会主催 研修会 参加申込書

「高次脳機能障害者の支援」

宛先：やよいがおか鹿毛病院 リハビリテーション科

村上幸隆・吉田吏騎 宛

F A X : 0942-87-3159 (※送信票不要)

E-Mail : y-murakami@kagehospital.or.jp

施設名 : _____

T E L : _____

F A X : _____

E-Mail : _____

* 言語聴覚士以外の職種の方は「協会入会」「県士会入会」欄の記入は不要です。

氏名 (フリガナ)	職種	協会 入会	県士会 入会
(例) 佐賀太郎	言語聴覚士	○	○

※申し込み〆切 平成 29 年 12 月 18 日 (月)

※欄が不足する際は、お手数ですがコピーして使用ください。