



# 一般社団法人 鹿児島県言語聴覚士会 第12回 新人教育研修会

テーマ

『Dysarthriaの臨床の実際』

講師

学校法人原田学園 鹿児島医療技術専門学校  
言語聴覚士

小牧 祥太郎 氏

日時 平成 30年 1月 21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」を開催します

場所 鹿児島第一医療リハビリ専門学校  
3階講堂  
住所：霧島市国分中央一丁目12-42  
TEL：0995-48-5551

対象 言語聴覚士

参加費 区分A. 鹿児島県言語聴覚士会会員の方 無料  
区分B. 区分A. に該当せず日本言語聴覚士協会会員の方 2000円  
区分C. 区分A.、B. に該当しない方 5000円

定員 100名



※道路工事に伴い会場付近に一部通行規制区間がございますのでご注意ください。

平成29年12月11日(月)～平成30年1月12日(金)

1月21日(日)

## 1. お申し込み

・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. お振り込み

・参加費が必要な区分の方は参加費の振り込みをお願いします。(詳細別紙参照)

・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

## 申し込み 及び 参加費の納入方法

### 申し込み方法

※基礎講座・新人教育研修の両方に参加される方は  
合わせてお申し込み下さい。

【メールアドレス】

**stkagoshima.sanka@gmail.com**

【必要記入事項】

- ・表題に「1/21 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○ ・ 新人教育区分○)
  - ④所属県士会名
  - ⑤日本言語聴覚士協会会員 (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30年1月12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)

◎新人教育: 区分B. 2000円、区分C. 5000円

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30年1月12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

1/21 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