

関係各位

一般社団法人佐賀県言語聴覚士会

会長 緒方 和則

職能局 田中 愛子



平成30年度

一般社団法人 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： 一般社団法人 佐賀県言語聴覚士会 研修会
2. テーマ： 「介護予防における行政とリハビリテーション職の関わり」
3. 講師： 田口友美先生（白石町長寿社会課高齢者係地域包括支援センター保健師）
4. 開催日時： 平成30年11月18日（日）10時00分～12時00分（受付：9時30分～）

※当研修会は生涯学習ポイントの対象となります。

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＝無料 ※県士会カードご持参ください
佐賀県言語聴覚士会非会員＝10000円
佐賀県内の他職種の方＝無料
他県からお越しの方＝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・吉田吏騎宛て
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。
- ・研修会の一部でグループワークを予定しております。班編成の参考にするため、勤務先の形態をご記入ください。班は当日発表いたします。
- ・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

一般社団法人 佐賀県言語聴覚士会主催 研修会 参加申込書

「介護予防における行政とリハビリテーション職の関わり」

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 : _____

フリガナ 氏名	職種	申込者の勤務（複数可）	
(例) 佐賀太郎	言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期
		<input type="checkbox"/> 生活期	<input type="checkbox"/> 通所・訪問
		<input type="checkbox"/> 小児	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期
		<input type="checkbox"/> 生活期	<input type="checkbox"/> 通所・訪問
		<input type="checkbox"/> 小児	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期
		<input type="checkbox"/> 生活期	<input type="checkbox"/> 通所・訪問
		<input type="checkbox"/> 小児	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期
		<input type="checkbox"/> 生活期	<input type="checkbox"/> 通所・訪問
		<input type="checkbox"/> 小児	<input type="checkbox"/> その他

※申し込み〆切 平成30年11月2日（金）

※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