



# 一般社団法人 鹿児島県言語聴覚士会 第15回 新人教育研修会

## テーマ

『失語症訓練プログラムの立て方』  
～症例を通して～

## 講師

医療法人厚生会 小原病院 言語聴覚士  
田中 敦 氏

日時 令和元年 9月 21日 (土曜日)  
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 鹿児島医療技術専門学校 3号館 4階  
住所 鹿児島市平川町字宇都口5417-1  
TEL 099-261-6161



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

※当日は鹿児島医療技術専門学校のオープンキャンパスも同時開催されています。  
会場は異なりますが、ご配慮いただきますようお願いいたします。  
同時開催に伴い上履きの不足が予想されますので、必ず上履きをご持参下さい。

令和元年8月12日(月)～令和元年9月13日(金)

9月21日(土)

### 1. お申し込み

鹿児島県言語聴覚士会HPから  
それぞれの講座ごとにお申し込み  
ください。(詳細別紙1参照)

※お申し込み確認後、1週間以内に  
確認メールを送信いたします。  
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2参照)

・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・生涯学習受  
講記録表をご持参ください。  
(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

## お申し込み方法

- ・ 鹿児島県言語聴覚士会HPの「学会・研修会」申し込みフォームより参加希望講座ごとに各自お申し込みください。
- ・ お申し込み講座ごとに必ず参加区分を選択してください。

### 【パソコンからのお申し込み】



### 【スマートフォンからのお申し込み】



### 【締め切り】

令和年9月13日（金）

お申し込み後、1週間以内に確認メールを送信いたします。  
受信が可能となるようにメール設定をお願い致します。  
返信がない場合は、担当者（問い合わせ先）までご連絡ください。

【新人教育研修問い合わせ先】  
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

## 参加費納入方法

◎ 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、下記の口座にお振り込み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

【振り込み期限】 令和元年9月13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。
- ・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。

※ 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。

※ 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

9/21 研修会 参加区分○  
おとこねなまえ  
〒○○○-○○○○  
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