

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。
- ・ パブリックビューイング会場の利用を希望される方は、申し込みフォーム氏名欄の氏名の横に「パブリック希望」と記載してください。

【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 3年 3月6日 (土)

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。

【基礎講座 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
〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1
鹿児島大学病院 言語聴覚士 小倉道広
TEL：099-275-5704 mail：k.st.ogura@gmail.com

参加費納入方法

- ◎ 基礎講座 : 区分B・2000円 / 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3年 3月6日(土) ※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。
- ・期日内にお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。
- ・郵便局からのお振り込みが困難な場合は一般の銀行口座からお振込みください。(振り込み手数料が割高になります。ご了承ください。)

※ 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。

※ 社会情勢による中止または延期の場合を除き、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

3/20 研修会 参加区分○
お
と
こ
ろ
〒○○○-○○○
鹿児島県○○市○○……

お
名
前
鹿児島 太郎 (所属名) 様
(ご連絡先電話番号○○○-○○○-○○○)

【基礎講座 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

〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1

鹿児島大学病院 言語聴覚士 小倉道広

TEL : 099-275-5704 mail : k.st.ogura@gmail.com

感染拡大の状況によっては開催を延期、もしくは中止する場合があります。延期、もしくは中止となる場合には**開催1週間前(R3年3月13日)**までには県土会ホームページにてご連絡いたします。

【参加費が発生している方に関して】

- ◎延期、中止となった場合、変更となった日程で聴講ができない方には参加費を返金いたします。
- ◎ご不明な点がございましたら、問い合わせ先までメールにてご連絡ください。

【パブリックビューイング会場参加に関して】

- ◎政府の**接触確認アプリをインストール**したうえで、ご参加ください。
- ◎参加者に新型コロナウイルスの陽性者が確認された場合、**参加者の氏名・連絡先を保健所等の役所に提出する場合がございます。予めご了承ください。**
- ◎以下に該当する方はパブリックビューイング会場での**参加をご遠慮頂ください。**
 - ・開催2週間以内に**県外への移動歴がある方**
 - ・県外からの移動者との**接触がある方**
 - ・当日37.5℃以上の**発熱のある方**
 - ・**軽い風邪症状**(のどの痛みだけ、咳だけ)**のある方**
- ◎開催当日は入場時に検温を行います。
検温にて**37.5℃以上の発熱のある方**、**マスクを着用していない方**は参加をご遠慮いただきます。手指衛生、換気、ソーシャルディスタンスを考慮した座席配置等感染対策を行います。
- ◎基礎講座に関して、当日受講票の販売はいたしません。ご注意ください。

【受講証明書に関して】

- ◎日本言語聴覚士会入会の有無について、**全国協会へ会員番号の照合を行います。** 予めご了承ください。
- ◎受講票へのJAS印の押印はいたしません。代わりに受講証明書を発行し、後日送付致します。基礎プログラム終了申請の際は、日本言語聴覚士協会へ受講票と併せてご提出ください。

【受講方法の変更に関して】

- ◎Web受講または、パブリックビューイング会場の参加を希望されていて、当日に**受講方法の変更**を希望される方は、必ずその研修会**前日までに**各担当者までご一報くださいますよう、宜しくお願いいたします。

【基礎講座 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
〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1
鹿児島大学病院 言語聴覚士 小倉道広
TEL : 099-275-5704 mail : k.st.ogura@gmail.com