



# 一般社団法人 鹿児島県言語聴覚士会 学術講習会

主催：一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会

## テーマ

摂食嚥下障害：  
評価後の根拠ある介入

## 講師

国際医療福祉大学  
成田保健医療学部言語聴覚学科  
倉智 雅子先生

日時 令和3年 5月 16日 (日曜日)  
10時30分 ~ 12時30分 (10時15分~受付)  
**※受付は「ZOOM」にて行います**

日本言語聴覚士協会  
生涯学習プログラム  
取得対象研修会

場所 ZOOMによるオンライン方式

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	1000円
	区分C. 区分A.、B. に該当しない方	2000円

定員 100名

今年、国家試験に合格された方で鹿児島県言語聴覚士会へ入会される方は区分Aとします。申し込み締め切り日までに必ず鹿児島県言語聴覚士会の事務局へ入会申請を行ってください。

令和3年4月2日(金) ~ 4月30日(金)

5月16日(日)

### 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、(受付完了の)自動確認メールが送信されます。受信が可能となるように設定をお願い致します。

その後1週間以内に受付番号のお知らせのメールを送信いたします。また受付された時点で定員を超えてしまっていた場合は参加をお断りさせていただく場合もございます。ご了承ください。

連絡がない場合は、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)
- ・申し込み期日までに振り込みを確認できない場合は、自動的にキャンセルとさせていただきます。またその場合はこちらから連絡は致しません。
- ・一度入金いただいた参加費は返金できません。

### 3. 当日

開始10分前にはログインして待機してください。

※社会状況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。

【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  
〒898-0011 鹿児島県枕崎市緑町220  
サザン・リージョン病院 言語聴覚士 加治佐 彩  
TEL 0993-72-1351 mail anyan.nyan.126@gmail.jp

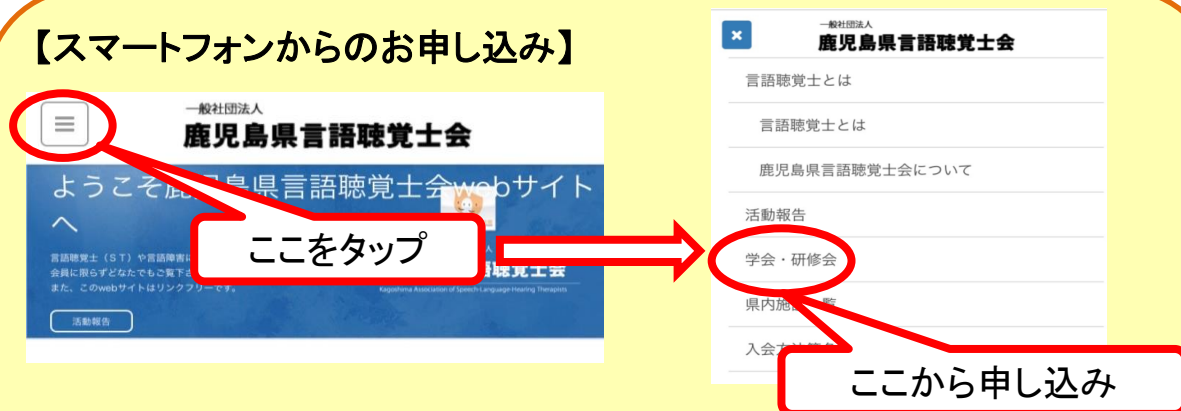
## お申し込み方法

- ・ 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】



番号は8桁入力となるため、協会番号をお持ちでない方は協会番号の記入欄は「00000000」、  
お持ちの方は下4(5)桁に協会番号を入力し合計8桁になるように入力をお願いいたします。

### 【締め切り】 令和 3年 4月30日 (金)

お申し込み後、（受付完了の）自動確認メールが送信されます。  
受信が可能となるようにメール設定をお願い致します。

その後1週間以内に受付番号のお知らせのメールを送信いたします。  
また受付された時点で定員を超えてしまっていた場合は参加をお断りさせていただく  
場合もございます。ご了承ください。

連絡がない場合は、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。

【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  
〒898-0011 鹿児島県枕崎市緑町220  
サザン・リージョン病院 言語聴覚士 加治佐 彩  
TEL 0993-72-1351 mail anyan.nyan.126@gmail.jp

## 参加費納入方法

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 4月30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。
- ・期日内にお振り込みを確認できない場合は、**自動的にキャンセル**とさせていただきます。またその場合は**こちらから連絡は致しません**。ご了承ください。
- ・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

5/16 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○○○-○○○-○○○○)

【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  
〒898-0011 鹿児島県枕崎市緑町220  
サザン・リージョン病院 言語聴覚士 加治佐 彩  
TEL 0993-72-1351 mail anyan.nyan.126@gmail.jp