



生涯学習プログラム基礎講座のご案内

※ハイブリッド開催(会場+WEB)

内 容

基礎講座5『職能団体の役割と言語聴覚士の責務』

基礎講座6『エビデンスに基づく臨床(EBP)と
研究法の基礎』

主催:一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会

講 師

医療法人玉昌会 加治木温泉病院
総合リハビリテーションセンター
有川 瑛人氏

日時 令和8年3月8日(日曜日)

基礎講座5:10:00~

基礎講座6:11:30~

※受付は「会場」または「zoom」にて各講座毎に行います

基礎講座5の受付は9時50分~

“ 6の受付は11時20分~

※各開始時刻より10分を超過しても受付されない場合

「受講証明書の発行は致しません」

会場

鹿児島第一医療リハビリ専門学校 3階講堂

※会場の利用者は履き物をお持ちください



対象 言語聴覚士のみ

参加費 区分A 鹿児島県言語聴覚士会会員の方

区分B 区分A.に該当せず鹿児島県言語聴覚士会非会員の方 各講座2,000円

※日本言語聴覚士会(全国協会)に入会していない方は受講できません

住所: 霧島市国分中央
1丁目12-42
TEL: 0995-48-5551

無料

令和8年1月25日(日)~ 令和8年2月22日(日)

3月8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。
(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。(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
断りします。**

・一度入金いただいた
参加費は返金できません。

3. 当日

※WEBにて**基礎講座5,6の
両方**を受講される方は、**基
礎講座5終了後、一度退出
され、再入室**をお願い致しま
す。

※社会状況により予定を
変更する際は、県士会HP
又はメールにてお知らせ
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

〒896-0078 鹿児島県いちき串木野市生福5391-3

いちき串木野市医師会立脳神経外科センター

地域医療連携室 尾崎 幸平

TEL: 0996-32-9999

mail: kou.st.nouge@gmail.com

【別紙1】

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。
- WEB参加(ZOOM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
「WEB希望」と記載してください。※WEB希望の記載がない場合は、会場参加とみなします。

【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 8年 2月22日（日）

締め切り後、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。

【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
〒896-0078 鹿児島県いちき串木野市生福5391-3
いちき串木野市医師会立脳神経外科センター
地域医療連携室 尾崎 幸平
TEL : 0996-32-9999 mail : kou.st.nouge@gmail.com

参加費納入方法

◎ 基礎講座 : 区分B・2000円／1講座(2講座の場合4000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8年 2月22日(日) ※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、**参加をお断りします。**
 - ・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。)
(支店名等が必要な場合があります。店番:179)
- ※ 講習会当日のお支払いは出来ません。くれぐれもご注意下さい。
- ※ 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	3/8 生涯学習研基礎講座 参加区分○
おところ	〒〇〇〇-〇〇〇〇 鹿児島県〇〇市〇〇……
お名前	鹿児島 太郎 (所属名) 様 (ご連絡先電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

【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
〒896-0078 鹿児島県いちき串木野市生福5391-3
いちき串木野市医師会立脳神経外科センター
地域医療連携室 尾崎 幸平
TEL : 0996-32-9999 mail : kou.st.nouge@gmail.com