



主催:一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会

第27回 新人教育研修会

「小児領域における言語聴覚士の役割
－園・学校・他機関への働きかけを通して－」

講師

医療法人玉昌会 加治木温泉病院

原 有希 先生

日 時 令和8年3月8日（日曜日）
14:00～16:00 ※受付 13:30～

開催方式 現地開催のみ
会 場 鹿児島第一医療リハビリ専門学校
※上履きをご持参下さい。



鹿児島市平川町字宇都口5417-1
【TEL】099-261-6161

参 加 費 区分ごとに異なります 申し込み時確認をお願いいたします
区分A:鹿児島県言語聴覚士会会員 **and** 日本言語聴覚士協会会員:無料
区分B:鹿児島県言語聴覚士会会員 **or** 日本言語聴覚士協会会員:2000円
区分C:区分A、Bに該当しない方:5000円

定 員 50名

令和8年 1月25日（日）～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
申し込みください（詳細別紙1参照）。
※申込締め切り日より**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
お願いいたします。返信がない場合は
恐れ入りますが、問い合わせ先まで
ご連絡ください。

② お振り込み

**・区分B・Cの方は振り込みを
お願いします。（別紙2参照）**
期日内に振り込みが確認でき
ない場合、**参加をお断りいたし
ます。尚、一度入金頂いた
参加費は返金できません。**

③ 当日

研修会の内容については、
メールにて案内いたします。
社会状況等により、
予定や内容を変更する際も
お知らせいたします。

【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 新人教育担当 木佐貫 太陽

〒899-4395 鹿児島県霧島市国分中央1丁目12-42

鹿児島第一医療リハビリ専門学校 言語聴覚学科

【TEL】0995-48-5551 【mail】taiyo.kisanuki.st@gmail.com

- ・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各自お申し込みください。
- ・必ず参加区分を選択してください。
- ・今回の新人教育研修会は現地開催です。

【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)

締め切り日より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いたします。

メールがない場合は、担当者（以下問い合わせ先）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 新人教育担当 木佐貫 太陽

〒899-4395 鹿児島県霧島市国分中央1丁目12-42

鹿児島第一医療リハビリ専門学校 言語聴覚学科

【TEL】0995-48-5551 【mail】taiyo.kisanuki.st@gmail.com

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8年2月22日(日) ※期日厳守

- ・郵便局の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 新人教育研修会 参加区分○ おところ 鹿児島県○○市○○…… 鹿児島 太郎 (所属名) 様 (ご連絡先電話番号○○○-○○○-○○○○)
お名前	

【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 新人教育担当 木佐貫 太陽

〒899-4395 鹿児島県霧島市国分中央1丁目12-42

鹿児島第一医療リハビリ専門学校 言語聴覚学科

【TEL】0995-48-5551 【mail】taiyo.kisanuki.st@gmail.com