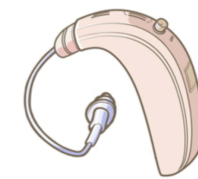




一般社団法人

鹿児島県言語聴覚士会

Kagoshima Association of Speech-Language-Hearing Therapists



# 前言語期にある難聴児の聴覚発達のために早期聴覚療育 (オーディトリバーバルセラピー) ができること

兵庫医科大学病院 矢崎 牧 先生

日時 令和 8年 7月 9日 (木曜日)

19時30分 ~ 21時00分 (19時15分~ログイン可能)

方法 Zoomによる参加 (ネット環境の整備をお願いします)

(パスワード等の案内は, 後日mailにてご連絡いたします)

対象 言語聴覚士, 聴覚関連関係 職種

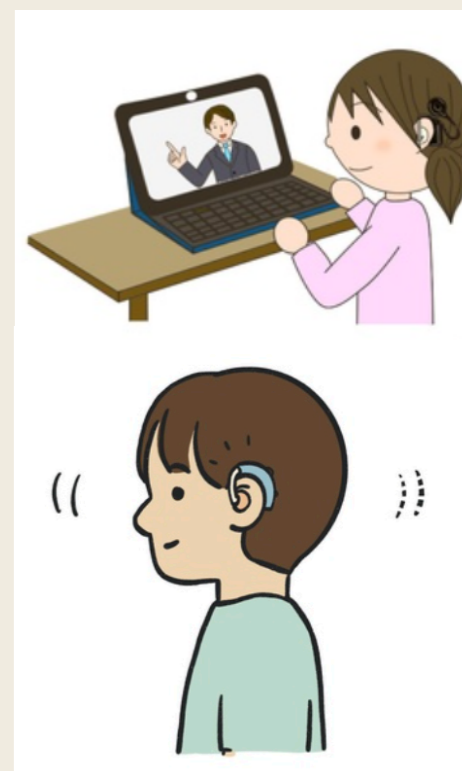
参加費 区分ごとに異なります 申し込み時確認をお願いいたします

区分A : 鹿児島県言語聴覚士会会員 **及び** 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 **又は** 日本言語聴覚士協会会員 : 2000円

区分C : 鹿児島県言語聴覚士会 **及び** 日本言語聴覚士協会 **非会員** : 5000円

区分D : 聴覚関連関係 職種 : 2000円



# 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。
- ・今回の聴覚部会 研修会は **zoom (Web) のみ**での開催です。

## 【パソコンからのお申し込み】



【締め切り】

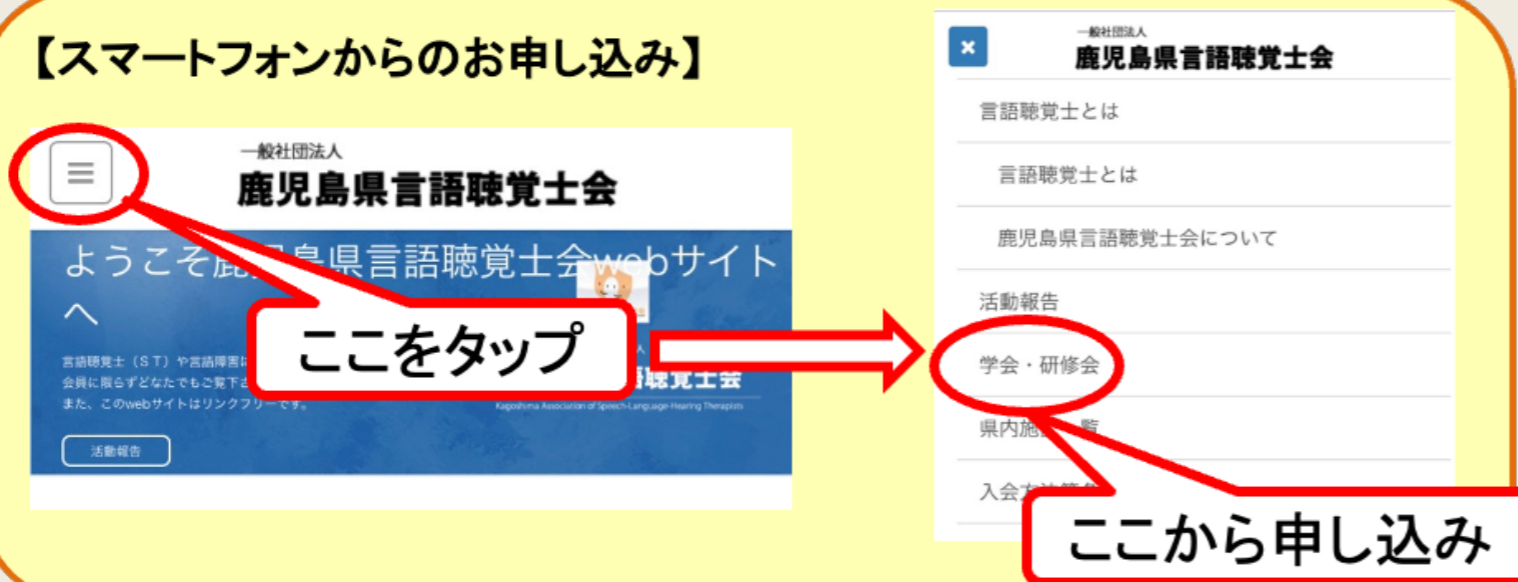
2026年7月6日（月）

お申し込み後1時間以内に自動システムによる確認mailを送信いたします。

確認mailがない場合は、小倉  
([k.st.ogura@gmail.com](mailto:k.st.ogura@gmail.com))

までご連絡ください。

## 【スマートフォンからのお申し込み】



振り込み期限：2026年7月6日（月）

参加費納入方法 区分B 2000円 区分C 2000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

- ・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

9/27 研修会 参加区分〇

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 聴覚部会 担当 小倉道広

TEL：099-275-5704

mail：k.st.ogura@gmail.com