

生涯学習プログラム初級講座のご案内

※ハイブリッド開催(会場+WEB)



内容

初級講座1『言語聴覚士の倫理』

初級講座2『臨床実践(基礎)』

講師

standup合同会社 ことばの相談室
みかんの樹 松永 宏行氏

主催：一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会

日時 令和 8年 9月27日 (日曜日)

初級講座1 : 10:00 ~

初級講座2 : 11:30 ~

※受付は「会場」または「zoom」にて各講座毎に行います

初級講座1 の受付は 9時50分~

// 2 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

鹿児島医療技術専門学校 平川校 2号館3階

※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

無料

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：鹿児島市平川町
字宇都口5417-1

TEL : 099-261-6161

令和8年8月16日(日) ~ 令和8年9月13日(日)

9月27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)

※お申し込み時の自動返信メールにて参加申し込み受付と致します。
また1週間前を目処に案内メールを致します。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いたします。(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にて初級講座1,2の両方を受講される方は、初級講座1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 : k.osaki@kunc99.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。
- ・ 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 9月13日 \(日\)](#)

初級講座の1週間前を目処に案内メールを致します。
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、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：k.osaki@kunc99.jp

参加費納入方法

◎ 初級講座 : 区分B・2000円 / 各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 9月13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

9/27 生涯学習研初級講座 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
〒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 : k.osaki@kunc99.jp