

平成29年12月吉日

会員各位

一般社団法人山形県言語聴覚士会
会長 田口 充

平成29年度 症例検討会のご案内と演題募集

拝啓

時下、会員皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。平素より、当会の活動に格別なご配慮をいただき、厚く御礼申し上げます。

この度、症例検討会を下記の通り開催する運びとなりました。

業務や研修会で多忙と存じますが、自己研鑽の場として多数のご参加をお待ち申し上げます。

敬具

記

日 時:平成30年2月10日(土) 9:30~11:45 受付開始9:15~

※同日午後開催の3職種合同「山形県脳卒中・心筋梗塞発症登録評価研究活用事業研修会」
(山形県立保健医療大学13:00~15:00) も併せてご参加ください。

場 所:山形ビッグウイング 4F401

内 容:症例検討会 予定演題数:4題 (1演題発表15分 質疑応答15分)

<演題募集について>

○発表者は、日本言語聴覚士協会生涯学習プログラム基礎講座終了に必須の「症例検討・発表」に該当し、記載ができます。当日、症例検討証明書をお渡しします。

○1月8日(月)まで演題を募集しております。詳細は演題募集要項を参照してください。

○締切りまでに演題が定数に達しない場合、地区担当理事より要請させていただくことがあります。また演題数や同じ分野の演題が複数あった場合など、調整をお願いすることがあります。ご理解、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

※参加者も、日本言語聴覚士協会生涯学習プログラム1ポイントが取得できます。

演題・発表者が決まり次第、メルマガでお知らせします。

参加申込方法:下記申し込み欄に必要事項を記入し、FAXでお申し込み下さい。

参加申し込み締切:平成30年2月2日(金) 参加費:無料

問 合 せ: 研修部 新庄徳洲会病院リハビリテーション科 沼澤 ☎0233-23-3434

以上

～ 参 加 申 込 込 込 ～

FAX 送信先 0238-21-8119 三友堂リハビリセンター 大友宛

代表者氏名:

連絡先:

氏名	所属

このままFAXしてください。記入欄が不足する場合、複写してお申し込み下さい。