

平成 29 年 12 月吉日

会員各位

(一社) 山形県言語聴覚士会
会長 田口 充
置賜ブロック代表 池田 智美

置賜ブロック伝達講習会のご案内

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。この度、置賜ブロック地区活動の一環として東北摂食嚥下リハビリテーション研究会に参加した ST 2 名による伝達講習会を開催する運びとなりました。

つきましては、ご多忙の折とは存じますが興味のある ST の皆様方のご参加をお願い申し上げます。尚、出席ご希望の方は、返信用の参加申込書に必要事項を記入の上 FAX にてご返送いただきますようお願い致します。

記

日 時：平成 30 年 1 月 29 日(月) 18 時 30 分～19 時 30 分(18:00 受付開始)

※当日は当ブロックの月に一度の勉強会も兼ねての開催となります。

上記の伝達講習会の他にもう 1 テーマ(内容未定) 予定しております。

そのため伝達講習会の開始時間については上記の時刻より多少前後する
可能性がありますのでご了承ください。

場 所：三友堂リハビリテーションセンター 1F 大会議室

申込方法：添付のファックス用紙にてお願い致します。

(上書きは不要です。そのままご送信ください。)

申込締切：平成 30 年 1 月 26 日(金)

以上

申込・お問合せ先：三友堂病院 リハビリテーション室 ST 池田智美

TEL：0238-24-3700 FAX：0238-24-3709

FAX 送信票

○上書き用紙の添付は不要です。下記にご記入の上、このままご送信下さい。

○申し込みを受領した旨の返信は致しませんので、ご了承ください。

○平成30年1月26日(金)までにお願い致します。

送信先	三友堂病院 リハビリテーション室 ST 池田智美 宛 TEL : 0238-24-3700 FAX : 0238-24-3709
発信者	施設名 : _____ TEL : _____ FAX : _____ 申し込み責任者氏名 : _____

平成29年度 置賜ブロック 伝達講習会

	氏名	所属
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

氏名欄不足の場合は、お手数ですがコピーの上ご使用いただきますようお願い致します。