

令和元年 9 月吉日

(一社) 山形県言語聴覚士会 会員各位

(一社) 山形県言語聴覚士会
会長 荒井 晋一
置賜ブロック長 木口 智美

令和元年年度 第 1 回 置賜ブロック研修会のご案内

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。この度、置賜ブロックにて新潟医療福祉大学リハビリテーション学部言語聴覚学科講師 渡辺 時生 先生をお招きして今年度第 1 回目の研修会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。出席ご希望の方は、下記申込先まで FAX でご連絡いただきますようお願いいたします。なお、研修会終了後、講師の先生を囲んでの懇親会を予定しております。参加ご希望の方は併せてお申し込みください。

記

日 時：令和元年 11 月 29 日(金) 18 時 30 分～20 時 30 分

場 所：三友堂リハビリテーションセンター 大会議室

テ ー マ：「吃音の基礎 評価から治療まで(仮)」

参 加 費：山形県言語聴覚士会会員 無料

非会員 1,000 円

懇 親 会：米沢市内にて 21:00 頃から開催予定。

会費は 3,500 円前後を予定しております。

申込方法：別紙の参加申込書を記入し FAX でお申し込みください。

申込締切：令和元年 11 月 25 日(月)

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 木口智美

TEL : 0238-24-3700

FAX : 0238-24-3709

令和元年度 第一回置賜ブロック研修会

「吃音の基礎 評価から治療まで」(令和元年 11 月 29 日開催)

参加申込書

○上書き用紙の添付は不要です。下記にご記入の上、そのままご送信ください。

○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。

○令和元年 11 月 25 日(月)までにお願いいたします。

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

令和元年度 置賜ブロック第一回研修会 参加申込書

※山形県言語聴覚士会非会員の方は研修会参加費 1000 円頂戴いたします。

	氏名	職種	会員 or 非会員	研修会	懇親会
1			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
2			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
3			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
4			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加

5			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
6			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
7			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
8			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
9			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加
10			会員・非会員	参加・不参加	参加・不参加

氏名欄不測の場合は、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いたします。