

令和2年1月吉日

山形県言語聴覚士会 会員各位

置賜ブロック代表 木口 智美

令和元年度 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。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(昨年11月に開催予定でしたが延期となっていたものです)。

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2月28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」

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：米沢市内にて研修会終了後に開催予定。

※参加ご希望の方には別途ご連絡差し上げます。

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2年2月25日(火)

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2年2月28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2年2月25日(火)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。