

令和1年12月吉日

公益社団法人 佐賀県理学療法士会
会員各位

一般社団法人佐賀県言語聴覚士会
会長 緒方 和則
職能局 田中 愛子



令和1年度 一般社団法人 佐賀県言語聴覚士会主催 研修会開催のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

佐賀県言語聴覚士会主催研修会の開催にあたり、下記の要領にて事前の参加申し込みを募集いたします。多数の皆様のご参加をお待ちしております。

敬具

記

1. 研修会名称： 一般社団法人 佐賀県言語聴覚士会 研修会
2. テーマ： 「地域共生社会の実現に向けて」～社会福祉協議会と社会資源～
3. 講師： 池田敦子先生（佐賀市社会福祉協議会 福祉課 課長）
4. 開催日時： 令和2年2月2日（日）10時00分～12時00分（受付：9時30分～）
※当研修会は生涯学習ポイントの対象となります。
5. 会場： 佐賀県医療センター好生館 2階 多目的ホール
6. 参加費：

Aカード会員＝無料 ※県士会カードご持参ください
Bカード会員＝3000円
佐賀県内の他職種の方＝無料
他県からお越しの方＝500円
7. 申し込み先：

やよいがおか鹿毛病院 リハビリテーション科 村上幸隆・吉田吏騎 宛
E-Mail：y-murakami@kagehospital.or.jp
8. その他：
 - ・別紙申し込み用紙をメールで上記宛先に送信して下さい。
 - ・災害等でやむを得ず研修会を中止する際、別紙にご記入いただく緊急連絡先にメールでお知らせいたします。ご記入いただいた個人情報に関しては、研修会終了後速やかに破棄いたします。また当会 Facebook でもお知らせいたしますのでご参照ください。【佐賀県言語聴覚士会 Facebook】
 - ・駐車券の処理をいたしますので、会場までご持参ください。
9. 問い合わせ先：

介護老人保健施設きりん 訓練部 田中愛子
TEL：0952-98-0120 FAX：0952-98-2224 MAIL：st@kirin-saga.or.jp

一般社団法人 佐賀県言語聴覚士会主催 研修会 参加申込書

「地域共生社会の実現に向けて」～社会福祉協議会と社会資源～

宛先：やよいがおか鹿毛病院 リハビリテーション科

村上幸隆・吉田吏騎 宛

E-Mail：y-murakami@kagehospital.or.jp

施設名： _____

TEL： _____

FAX： _____

E-Mail： _____ @ _____

災害等でやむを得ず研修会を中止する際、当日 E-mail にてご連絡いたします。
当日連絡のつく E-mail を緊急連絡先として**必ず**ご記入ください。

緊急連絡先 (E-mail)： _____ @ _____

フリガナ 氏名	職種
(例) 佐賀太郎	言語聴覚士

※申し込み〆切 令和2年1月17日(金)

※欄が不足する際は、お手数ですがコピーして使用ください