

会員各位

平成 28 年 5 月吉日



弘前支部長
桜田 孝太

【平成 28 年度 第 1 回弘前支部症例検討会 演題募集】

謹啓

晩春の候、皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。さて青森県言語聴覚士会弘前支部では、今年度上半期、下半期の 2 回に渡り症例検討会の開催を予定しております。近年、日本言語聴覚士協会生涯学習プログラムのポイント申請のために、症例発表をご希望される方が増え、症例検討の場の必要性が高まっております。是非この機会をご活用いただければ幸いに存じます。

また、ポイント申請を目的とせず、日頃の疑問、悩みを相談したいという方も歓迎いたします。問題解決の場としてご活用下さい。

なお本症例検討会は、演題の数に関わらず開催する予定ですが、応募がない場合は中止とさせていただきます。県士会ホームページに案内を掲載いたしますので、忘れずにご確認をお願い致します。

謹白

記

日 時 平成 28 年 9 月 3 日 (土)

会 場 弘前市内(詳細は開催案内 8 月上旬にホームページに掲載いたします)

演題申込 演題申込用紙を下記へ FAX、メール、郵送のいずれかでお送り下さい

〒036 0888 弘前市吉野町 3-1 TEL 0172-36-7111 FAX 0172-34-8789

アドレス narumi_riha_st@yahoo.co.jp 弘前中央病院 リハビリテーション科 桜田 孝太

締め切り 平成 28 年 7 月 29 日 (金) 必着



平成 28 年度 第 1 回弘前支部症例検討会 演題申込み

送信先:

青森県言語聴覚士会 弘前支部
 弘前中央病院 リハビリテーション科 担当 言語聴覚士 桜田孝太 宛

FAX:0172 - 34 - 8789

ふりがな ご氏名 で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)	ご所属施設名 ご連絡先 TEL () FAX ()
で囲んで下さい 連絡方法(電話・メール)	電話の場合：上記にご連絡を致します。 メールアドレス： お申し込み以降の諸連絡につきましては桜田が担当致します。 ご不明な点等ございましたら、ご連絡をお願い致します。 お問い合わせ先 メールアドレス： narumi_riha_st@yahoo.co.jp TEL： 0172-36-7111 弘前中央病院 言語聴覚士 桜田孝太
演題名 (お決まりの場合、ご記入をお願い致します)	
ご質問がございましたら、 ご記入をお願い致します	

送信枚数 枚