

会員各位

平成29年5月吉日



青森県言語聴覚士会

会長 塩谷 大

(公印省略)

【平成29年度 第1回弘前支部症例検討会 演題募集】

謹啓

薄暑の候、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、上半期・下半期に症例検討会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ておりますので、是非ご活用いただければ幸いです。

加えて、本検討会は、ポイント申請を問わず、臨床上の疑問点や相談したい内容がございましたら、問題解決の場として、新人・若手・一人職場の方々には是非ご活用いただければと考えております。皆様のご応募をお待ちしております。(応募がない場合は県士会ホームページに開催しない旨を掲載いたします。)

謹白

記

日 時 平成 29年 9月 9日 (土)

会 場 弘前中央病院(2階会議室)

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

〒036-8188 弘前市吉野町3-1 TEL 0172-36-7111 FAX 0172-34-8789

〒036-8188 弘前市吉野町3-1 TEL 0172-36-7111 FAX 0172-34-8789
Eメール 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 29年 8月 4日 (金) 必着



青森県言語聴覚士会

平成29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

| | |
|------------------------------|--|
| <small>ふりがな</small> ご氏名 | ご所属施設名 ○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員) |
| ○で囲んで下さい 連絡方法(電話・メール) | ご連絡先 TEL () FAX () 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) | (Blank space for topic name) |
| ご質問がございましたら、 ご記入をお願い致します | (Blank space for questions) |

送信枚数 枚