

平成 26 年 7 月 吉日

関係者各位

公益社団法人 大分県言語聴覚士協会
会 長 平岡 賢
事業部 三好 昌子

『言語聴覚士による摂食嚥下障害の Q&A 講座』開催のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

当協会はこれまで、言語聴覚士法が施行された 9 月 1 日の「言語聴覚の日」にちなんで、コミュニケーション障害や摂食嚥下障害並びに言語聴覚士の業務内容等について広く知って頂くことを目的に、広報活動を展開してまいりました。

今回は、国や県が推し進めている地域包括ケアシステムの観点から、地域でご活躍のケアマネージャー・介護職員の方々を対象に、当協会主催の『言語聴覚士による摂食嚥下障害 Q&A 講座』を下記の通り開催したいと存じます。

お忙しいとは存じますが、是非ご参加くださいますようご案内申し上げます。

ご参加いただける場合は、お手数ですが、下記まで FAX でお申込み下さい。

尚、参加申込書に記載しております事前アンケートに御協力頂き、皆様から寄せられたご意見を参考に Q&A 講座の内容にしたいと考えております。

敬具

記

日時：平成 26 年 9 月 7 日（日） 9：00～12：00

場所：大分県社会福祉介護研修センター（大分市明野東 3 丁目 4 番 1 号）

内容：『言語聴覚士による摂食嚥下障害の Q&A 講座』

参加費：無料

～お申込み先・お問い合わせ先～

大分大学医学部附属病院 リハビリテーション部 言語聴覚士 有須 梨乃

TEL) 097-586-6160

FAX) 097-586-6169

E-mail) arisu613@med.oita-u.ac.jp

以上

『言語聴覚士による摂食嚥下のQ&A講座』参加申込書

FAX 097-586-6169

申込締切日：平成26年8月9日(土)

<申し込み先>

大分大学医学部附属病院 リハビリ室 ST

〒879-5593

由布市挾間町医大が丘1-1

E-mail) arisu613@med.oita-u.ac.jp

TEL) 097-586-6160

FAX) 097-586-6169

*必要事項を記入して、FAXでお申し込み下さい。

所属機関名()

ふりがな 氏名		
所属住所	〒 -	
連絡先	TEL) - -	
	FAX) - -	
	E-mail)	

～事前アンケート～

この度は『言語聴覚士による摂食嚥下のQ&A講座』にお申込頂きありがとうございます。
ご参加の皆様のお声をQ&A講座に反映させたいと考えております。摂食嚥下に関する事でご質問等
ございましたら、ご自由にご記入下さい。

※定員は先着180名とさせていただきます。先着順で定員に達しましたら締め切らせていただきますので
ご了承下さい。