

九州地区言語聴覚士会
会員各位

第9回九州地区言語聴覚士合同学術集会佐賀大会
開催および演題募集のご案内

九州地区言語聴覚士合同学術集会
佐賀大会大会長 橋本紀子
佐賀大会実行委員長 峰松麻美

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

第9回九州地区言語聴覚士合同学術集会の開催にあたり、下記の要領にて一般演題を募集いたします。本会では、「言語聴覚士として知っておきたい周辺領域」と題したシンポジウムや専門の講師をお迎えし講演会なども企画準備しております。多数の皆様のご参加をお待ちしております。

謹白

記

会 期：平成22年10月9-10日（9日13時～19時 10日9時～13時）

会 場：佐賀県立生涯学習センター アバンセ

住所：佐賀県佐賀市天神3丁目2-11 TEL；0952-26-0011

シンポジウム：「言語聴覚士として知っておきたい周辺領域」

参加費： 一般 事前申し込み ¥5,000 当日 ¥6,000 *九州各県士会非会員 ¥10,000

学生 ¥1,000

懇親会 ¥5,000 以内

振込先：株式会社 ゆうちょう銀行 口座番号；17770 番号；11449691 名義；橋本紀子（はしものりこ）

*他金融機関から振込をされる場合（口座番号が若干異なりますのでご注意ください）

店名・店番号；778 預金種目；普通預金 口座番号；1144969 名義；橋本紀子（はしものりこ）

学術集会参加および一般演題募集要領

参加申込：別紙の申し込み用紙へ必要事項を記入し下記申し込み先までFaxにてご送信ください。また、下記の参加申込締切までに上記の振込先へご入金をお願いします。当日は振込控えを必ずお持ち下さい。

演題申込：発表形式（口頭・ポスター）、演題名、発表者氏名、所属機関名、発表者のメールアドレス、共同演者、抄録（マイクロソフトワードにて、800字以内にまとめたもの）を下記の申込先へE-mailにてご送信ください。

演題採択：演題の採否、発表時間、発表会場などは、実行委員に御一任ください。

尚、演題の採否、形式など7月7日までに登録先へE-mailにてご連絡します。

申込締切：演題及び抄録申込締切 平成22年6月29日（正午まで）

参加申込締切 平成22年7月31日

申 込 先：佐賀県佐賀市鍋島5丁目1-1

佐賀大学付属病院 耳鼻咽喉科 森本邦子行

Fax：0952-34-2020 E-mail：morimok@cc.saga-u.ac.jp

【 問合せ先 】 有島病院 リハビリテーション科 峰松麻美

Fax：0954-65-4102

E-mail：arishima@star.saganet.ne.jp

*問い合わせは、E-mailかFaxにてお願いします。

*尚、10月9日には、日本言語聴覚士協会の専門講座の対象となる講演も行いますので、生涯学習受講票を忘れずにお持ち下さい。

送信先：佐賀大学付属病院 耳鼻咽喉科

言語聴覚士 森本邦子 行

Fax：0952-34-2020

演題及び抄録締切 平成 22 年 6 月 29 日

参加申し込み締切 平成 22 年 7 月 31 日

第 9 回九州地区言語聴覚士会合同学術集会 佐賀大会 参加申込書

お申込日 平成 22 年 月 日

ご連絡先	所属		フリガナ	
			申込代表者	
	関係書類送付先	〒	TEL	
			FAX	
			E-mail	
(□自宅 □勤務先)				

	フリガナ 氏名	学術集会 参加	懇親会 参加	一般演題 申込	ポスター 演題申込	分野	演題名
例	サガ タロウ 佐賀 太郎					成人 小児	

●個人情報の取り扱いについて

お申し込み時にご記入戴きました個人情報につきましては、今大会に関わる目的以外には利用いたしません。

大会事務局記載欄

受付日

登録番号

*Fax 送信後はこの用紙を控えとして保管ください。また、人数が5名を超える場合はこの用紙を複写してご使用ください。

*宿泊などの案内につきましては、別紙にてご案内しております。