

平成 29 年 5 月 吉日

会員ならびに関係各位

岐阜県嚥下障害研究会
小児領域研修会のお知らせ

岐阜県嚥下障害研究会
会長 豊島 義哉

新緑の候、皆様には益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平成 29 年度第 1 回の小児領域研修会を下記のように行います。今回は、「小児の VE・VF 検査について～基礎知識とその診かた～」をテーマに企画しました。過去にも同じテーマで数回開催しておりますが、基礎講座として、初心者の皆様には是非ご参加いただきたいと思います。

皆様の職場などにて興味のある方々にもご紹介頂ければ幸いです。

記

日 時 : 平成 29 年 7 月 22 日 (土) 13:00~16:00

場 所 : 朝日大学 1 号館 3 階 第 4 大講義室
岐阜県瑞穂市穂積町穂積 1851

テーマ : 小児の VF・VE 検査について ~基礎知識とその診かた~
※VF: 嚥下造影検査 VE: 嚥下内視鏡検査

講 師 : 勝又 明敏 先生 (朝日大学歯学部 口腔病態医療学講座 歯科放射線学分野 教授)
玄 景華 先生 (朝日大学歯学部 口腔病態医療学講座 障害者歯科学分野 教授)

日 程	: 12:30~	受 付
	13:00~	研修会開始 オリエンテーション
		第 1 講座 「小児の VF 検査～基礎知識とその診かた～」 講師: 勝又 明敏 先生
	14:30~	休憩
	14:15~	第 2 講座 「小児の VE 検査～基礎知識とその診かた～」 講師: 玄 景華 先生
	15:45	アンケート記入 事務連絡
	16:00	研修会終了

参加費 : 岐阜県嚥下障害研究会 会員 1,500 円 非会員 2,000 円 学生 1,000 円

定 員 : 70 名 (先着順)

締 切 : 平成 29 年 7 月 14 日 (金) 必着

申込み方法：

1) 官製往復はがきにて申し込んでください。

「岐阜県嚙下障害研究会 小児勉強会 お知らせブログ」からのお申込みはできません！

下欄の申し込み票をはがきに貼付しご投函ください。

〔往信用はがき〕 表面 ⇒ 「宛名シール」をコピーして貼付
裏面 ⇒ 「参加申込みシール」をコピーし必要事項を記入して貼付
〔返信用はがき〕 表面 ⇒ 返信先（あなた）の宛て名を必ず記入
裏面 ⇒ 白紙

2) 受け付けた方には「参加申込み受理の通知」を返信いたします。

通知はがきが届いたら、記載文に従い 期日までに指定のゆうちょ銀行の口座に参加費をお振込みください。

※複数連名にて一括納入される場合は、申込み時と同じ代表者ならびに人数で全員の氏名を通信欄に記入ください。

3) 郵便振替の控え（振込み受領証）をもって参加証としますので、大切に保管してください。当日受付でご提示願います。

お願い：
・参加費の振込みは通知が到着後、速やかにお願いいたします。
・参加お申込み後のキャンセルは、準備の都合がありますので必ずご連絡下さい。
・ご入金後のキャンセルについては、払戻しはいたしません。あしからずご了承願います。
なお、代理者の参加は認めますので、その際は事前にご連絡ください。

お問合せ先 各務原市福祉の里 安田 香実

TEL (058) 370-7500 Fax (058) 370-7511

【宛名シール】

【参加申込みシール】

〒509-0101

各務原市須衛稲田7

各務原市福祉の里

岐阜県嚙下障害研究会
研修会担当

安田 香実 行

岐阜県嚙下障害研究会 7月22日研修会 参加申込み票

	氏名	職種	種別
代表者			会員 非会員 学生
連名者			会員 非会員 学生
			会員 非会員 学生
			会員 非会員 学生
			会員 非会員 学生

代表者 勤務先 _____ 希望連絡先（勤務先 自宅）

連絡先住所 〒 _____

電話番号 _____ (Fax・携帯) _____

Eメール _____

* 返信用はがきの表面にも、住所・氏名を忘れずにご記入ください！