令和元年8月12日

会員各位

宮崎県言語聴覚士会

会長　倉澤　美智子

広報局　橋口　智英

　　　　新名　由貴

『言語聴覚の日』広報活動へのご参加について（ご依頼）

拝啓　残夏の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当会の活動にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、言語聴覚士法が施行された9月1日の「言語聴覚の日」の前後１週間を「言語聴覚週間」とし、当会では広く一般市民への周知を図ることを目的に集中的な広報活動を毎年実施しております。今年度も下記の要領にて開催いたします。

つきましては、時節柄、ご多忙な折に誠に恐縮ではございますが、同活動へのご参加をよろしくお願い申し上げます。ご参加いただける方は8月25日（日）までにメールかFAXでご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。

敬具

記

＜県央ブロック＞

日時：令和元年9月1日（日）　10時00分～12時00分

場所：宮交シティ　東口エントランス

＜県西ブロック＞

日時：令和元年9月8日（日）　10時00分～12時00分

場所：道の駅なんごう

＜県北ブロック＞

※現在、九州保健福祉大学と打ち合わせ中。

日時：令和元年9月1日（日）（2時間程度）

場所：延岡イオン（九州保健福祉大学と協働）

内容：広報物の配布、言語聴覚に関する問い合わせ対応など

申し込み・問い合わせ先：8月25日（日）までに担当　橋口智英までお願いいたします。

E-Mail：sleetaguanieve@gmail.com

FAX：0984-22-5117

TEL：0984-23-3535

以上

FAX送信票　　　　送信先：池田病院　リハビリテーション科　橋口智英　宛

**FAX番号：０９８４−２２−５１１７**

　　参加申し込み締切　：　令和元年　８月　２５日（日）

**令和元年度　言語聴覚の日広報活動　参加申込書**

送信日：令和元年　　　月　　　　日

施　　設　　名　：

連　絡　先　　TEL

FAX

E-mail

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 参加会場（丸で囲んでください） | | |
|  | 県北 | 県央 | 県西 |
|  | 県北 | 県央 | 県西 |
|  | 県北 | 県央 | 県西 |
|  | 県北 | 県央 | 県西 |
|  | 県北 | 県央 | 県西 |
|  | 県北 | 県央 | 県西 |

※人数の偏り、活動場所の広さ、備品数などの都合上、多数参加申し込みがあった場合、参加会場について人数調整のご相談させていただく場合がございます。ご承知ください。