

埼老健第24-028号

令和6年9月9日

会 員 各 位

公益社団法人埼玉県介護老人保健施設協会
会 長 荒 船 丈 一
【公 印 省 略】

第29回埼玉県介護老人保健施設大会について (発表演題募集)

謹啓 初秋の候、会員各位におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
さて当協会では恒例の介護老人保健施設大会を下記の通り開催致します。
つきましては、この大会が参加者にとって意義ある大会となりますように、施設での看護・介護・リハビリ・相談・栄養・運営等に伴う事例、取り組みに関する研究演題のお申し込みを頂きますようお願い申し上げます。

記

1. 日 時 令和7年3月5日(水) 開会式 9時30分～(予定)
2. 会 場 ソニックシティ 小ホール、展示場(第1～第5) (予定)
3. 募集内容 1施設より口演発表を複数演題、ポスター発表は1演題ご応募いただけます。
※発表時間は質疑応答を含め9分間の予定です。
※なお、口演発表が45演題を越えた場合には、理事会にて選考の上、ポスター発表に変更していただくこともございます。その際にはこちらからご連絡差し上げます。
4. 申込締切 別紙申込書に発表概要(200字以内)と、必要事項を記入し、
メールにて10月31日(木)までにご提出ください。
その後、抄録の書式をメールにてお送りいたします。
※今回はすべてメールのみの申込となります。
※抄録原稿の締切は11月30日(土) 予定

詳しくは埼老健ホームページをご覧ください。

ご不明な点等ございましたら下記までお問い合わせください。

お問い合わせ先：埼老健事務局 TEL 0494-53-9090

mail: info@saitamaroken.jp

第29回埼玉県介護老人保健施設大会
研究発表申込書

令和 年 月 日

施設名			職種(該当する職種に○印を)	
発表者 (ふりがな必須)	ふりがな		介護福祉士・介護士 看護師・准看護師 介護支援専門員・支援相談員 理学療法士・作業療法士 言語聴覚士・管理栄養士 栄養士・事務職 その他()	
	氏名 (1名のみ)			
E-mail				
発表の方法 (どちらかに○印を)	口演発表 (1施設複数演題)		ポスターセッション (1施設1演題申込み可) (その場合コピーしてお使い下さい)	
演題名				
発表概要 (200字以内)				
発表演題の分類 (該当する番号を記入)	① 認知症	② 拘束	③ 転倒	④ 看取り
	⑤ リハビリ	⑥ 食事	⑦ 排泄	⑧ 管理運営
	⑨ レクリエーション	⑩ その他	番号	
口演発表申込者で選外となった場合、ポスターセッションでの発表を希望しますか？(どちらかに○印を)			希望します	希望しません
パワーポイントについて (どちらかに○印を)	使用します		使用しません	

(10月31日(木)締め切り、厳守でお願いします)