送信先　(公社)埼玉県介護老人保健施設協会事務局　　**（**Email : 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） |
| 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（　　　　　　）　　　　　　　　　　　　 |
| 発表者**（ふりがな必須）** | ふりがな |  |
| 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）