

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)