**第12回 一般社団法人 日本介護支援専門員協会　全国大会in福岡**

**分科会演題発表申込書**

申し込み日　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 都道府県支部名 | |  |
| 氏名 |  | | |
| 会員番号  （日本介護支援専門員協会） | |  |
| ふりがな | | |  | | | |
| 所属先法人名 | | |  | | | |
| ふりがな | | |  | | ふりがな |  |
| 所属先事業所名 | | |  | | 所属先  職務名・役職名 |  |
| 演題発表  該当分科会 | | □１分科会　　□２分科会　　□３分科会　　□４分科会　　□５分科会　　□６分科会 | | | | |
| 発表演題  （タイトル） | |  | | | | |
| 発表演題  キーワード | | □①　　　□②　　　□③　　　□④　　　□⑤　　　□⑥　　　□⑦　　　□⑧  キーワード「その他」の場合　→　具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ※演題募集要項に記載の各分科会キーワードより選択し、該当するキーワードの番号をチェック  して下さい（キーワードが「その他」の場合には、具体的なキーワードを記入して下さい | | | | |
| 共同研究者名  及び所属先名 | |  | | | | |

★上記事項につきましては、大会抄録原稿に掲載されます。（会員番号は除く）

＜書類等の送付先・緊急連絡先など＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 書類等  送付先  住所 | 〒 | |
| □自宅　　　□所属 | |
| 連絡先 | 携帯電話等 |  |
| e-mail |  |

※本申込書・抄録原稿を添付の上、メールにて下記にお送り下さい。

※メールの件名には、「演題発表申し込み」とご記入下さい。

　　　公益社団法人福岡県介護支援専門員協会　　全国大会実行委員会

　　　　〒812-0016

　　　　　　福岡県福岡市博多区博多駅南2-9-30　　福岡県メディカルセンタービル　2階

**E-mail　　fukcmendai@yahoo.co.jp**

　　　　　　　TEL　０９２－４３１－４５８５　　　FAX　０９２－４３１－４５７７