

第53回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会  
第16回日本精神保健福祉士学会学術集会  
演題申込用紙

ふりがな		職 種		<input type="checkbox"/> 本協会構成員 構成員番号：_____
申込者氏名 (発表者)			発表者の要件 ※精神保健福祉士 は入会必須	<input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非構成員(本協会構成員との 共同による発表)
所 属	【名 称】			
※変更があった場合は事務局まで必ずご連絡ください	【種 別】該当区分に <input checked="" type="checkbox"/> を付け、詳細をお書き入れください <input type="checkbox"/> 医療機関(単科・総合・クリニック) <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所等( ) <input type="checkbox"/> 行政機関( ) <input type="checkbox"/> 教育研究機関( ) <input type="checkbox"/> 在学中) <input type="checkbox"/> その他( )			
連絡先	書類等送付先住所 ※構成員は記入不要	※本協会構成員は記入不要。書類は本協会登録住所にお送りします。 (〒 _____) (送付先種別の該当に <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅)		
	日中連絡が取れる電話番号	※記入必須 _____ (該当に <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話)		
	メールアドレス	※記入必須 抄録原稿内容や発表についてのご連絡は、Eメール中心でやりとりさせていただきます。 送受信可能なEメールアドレスをお知らせください。 @		
発表主体	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 集団(精神保健福祉士) <input type="checkbox"/> 集団(多職種)			
共同発表者	氏 名	所 属	区 分	職 種
※発表者総数(申込者を含む)の過半数は本協会構成員であること ※精神保健福祉士は本協会への入会が必須です			<input type="checkbox"/> 構成員 <input type="checkbox"/> 非構成員 ↳(構成員番号 _____)	
			<input type="checkbox"/> 構成員 <input type="checkbox"/> 非構成員 ↳(構成員番号 _____)	
			<input type="checkbox"/> 構成員 <input type="checkbox"/> 非構成員 ↳(構成員番号 _____)	
※申込者(発表者)を含めて4人を超える場合には、別紙2「共同発表者一覧」をご提出ください。				
演 題 名				
発表内容	<input type="checkbox"/> 実践報告 <input type="checkbox"/> 調査研究 <input type="checkbox"/> 文献研究 <input type="checkbox"/> 本協会または都道府県協会事業報告			
発表形式	<input type="checkbox"/> 口述発表 <input type="checkbox"/> ポスターセッション			
キーワード	※番号を2つ記入 「㊦その他」の場合はキーワードも記入			
内 容	200字程度に要約してください			
事例等使用承諾	<input type="checkbox"/> 済(文書・口頭) <input type="checkbox"/> 未(理由: _____)			
発表時の諸事項	必要機器	<input type="checkbox"/> PC(発表用データを作成するソフト: _____) <input type="checkbox"/> その他( _____)		
	必要な障害対応	発表されるにあたり、情報保障等の配慮が必要な場合、お知らせください。		

[演題申込締切日] 2017年3月5日(日)(必着)

第 53 回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会  
 第 16 回日本精神保健福祉士学会学術集会  
 演題申込用紙

【 共 同 発 表 者 一 覧 】

1	申込者（発表者）氏名	
---	------------	--

発表主体について : 精神保健福祉士 多職種

共同発表者について :

※発表者総数（申込者を含む）の過半数は本協会構成員であること（合計 10 人ならば、過半数は 6 人です）

※精神保健福祉士は本協会への入会が必須です

	氏 名	所 属	区分（該当に☑）※	職 種※
2			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
3			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
4			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
5			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
6			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
7			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
8			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
9			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
10			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
11			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	
12			<input type="checkbox"/> 構成員 （構成員番号            ） <input type="checkbox"/> 非構成員	