

[別紙]

第48回社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会
 第11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 | | | | 構成員番号 | — | |
| 申込者氏名 (発表者) | | | | ※非構成員は 入会申込日を 記載 | (入会申込日: 月 日) | |
| 所属機関 | 【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☑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"/> 生活支援施設() <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 | 【書類等送付が可能な住所】〒 — (該当に☑→ <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅) | | | | | |
| ※抄録原稿等についてのやり取り先となります。必ず連絡が取れる先をご記入ください。 | 【日中連絡が取れる電話番号】※必ずご記入ください — — (該当に☑→ <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話) | | | | | |
| | 【Eメール】※抄録原稿内容や発表についてのご連絡は、文書郵送の他、メールでも多くやりとりさせていただく予定です。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 | | | <input type="checkbox"/> 構成員 <input type="checkbox"/> 非構成員 ↳(構成員番号) | | | |
| ※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) | | | |
| | ※共同発表者を含めて5名以上の場合には、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 「②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 ・ <input type="checkbox"/> 未(理由:) | | | | | |
| 発表時の必要機器、情報保障等 | <input type="checkbox"/> PC(PowerPointのバージョン:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 口頭のみでの発表(プロジェクター等を使用しない) | | | | | |

[演題申込締切日] 2011年12月31日(土)(当日消印有効)

第48回社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会
 第11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 | 発表者（申込者）氏名 | |
|---|------------|--|

発表主体について： 集団（精神保健福祉士） ・ 集団（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名ならば、過半数は6名です）

※精神保健福祉士は本協会への入会が必須です

| | ふりがな 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 | |