**第59回九州医療ソーシャルワーカー研修会おおいた大会　研究発表演題申込書**

申込締切：2023年6月30日（金）

申 込 先：大分県立病院患者総合支援センター患者総合相談室　竹井康喜

アドレス：k-takei23@oitapref-hosp.jp

**研究発表演題申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 演題 |  | | | | | |
|
|
| 発表者 | ふりがな |  | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
|
| 職　種 | MSW　PSW　介護支援専門員　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|
| 所属 | （　　　　　　　　　　　　　）県医療ソーシャルワーカー協会 | | | | | |
|
| ふりがな |  | | | | |
| 所属機関名 | （所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　職位・職名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|
| 主たる業務の領域 | | 高度急性期・急性期・回復期・地域包括ケア・療養型・緩和ケア 介護医療院・介護老人保健施設・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|
| 住所 | 〒　　　　－ | | | | |
|
| 連絡先 | 電話番号 | ( ) 　　　　- | | FAX番号 | ( ) - |
| E-mail |  | | | |
| 発表内容の要旨 | キーワード | |  | | | |
|
| 発表の要旨概要を簡潔にご記入ください。（注：抄録等大会誌に記載されるものではありません。） | | | | | |
|  | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
| ※　演題変更がある場合は必ずご連絡ください。　　　　　　　　　　　　　**【参加方法】**　　**会場**　　　**オンライン** | | | | | | |