第4回一般社団法人神奈川県精神保健福祉士協会実践報告会

演題申込用紙　　FAX：045-821-5354

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | 職　種 | 発表者の要件  ※精神保健福祉士は原則入会必須 | □本協員　□入会手続き中  □非協会員（本協会員との共同による発表） |
| 申込者氏名  （発表者） | | |  | | |  |
| 所属 | | | 【名　称】 | | | | | |
|  | | | | | |
| 連　絡　先 | 書類等  送付先住所 | | ※本協会員は記入不要。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☑→　□勤務先　□自宅） | | | | | |
| 日中連絡が取れる  電話番号 | | **※記入必須**  ―　　　　　　―　　　　　　（該当に☑→　□勤務先　□自宅　□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致します。  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 | | | □単独  （ | | □集団（精神保健福祉士※）　　□集団（多職種※） | | | |
| 共同発表者 | | | （　　）内は所属を記入 | | １．　　　　 （　　　　　　）　４．　　　　　　（　　　　　）  ２．　　　　（　　　　　　）　５．　　　 　　（　　　　　）  ３．　　　　（　　　　　　）　６．　　 　　　（　　　　　） | | | |
| 演題名 | | |  | | | | | |
| 発表内容 | | | □実践報告　□調査研究　　□県協会事業報告など（該当に☑） | | | | | |
| 内容  200字程度に要約してください | | |  | | | | | |
| 事例等使用承諾 | | | □済（文書・口頭）　□未（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 発表時の諸事項 | | 必要機器 | | □PC　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　 　）  □口頭のみでの発表（プロジェクター等を使用しない） | | | | |
| 必要な  障がい対応 | | 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］2025年9月30日（火）（必着）**