

第59回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会  
 第23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		発表者の要件 ※精神保健福祉士は入会必須	<input type="checkbox"/> 本協会構成員 構成員番号：_____
申込者氏名 (発表者)					<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※)	(※)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 (該当に <input checked="" type="checkbox"/> ※複数も可)				
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( _____) <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)			
	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] 2024年3月14日(木)(必着)

第59回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会  
第23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	
---	------------	--

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6人ならば、過半数は4人です）。
  - ・精神保健福祉士は本協会への入会が必須。
  - ・入会手続きを4月9日までに完了し、4月中に開催される理事会にて2024年度入会承認を得ること。
- その他、演題及び抄録原稿募集要領「I. 演題申込者及び発表者の資格」を必ずお読みください。

- ・共同発表者が9人以上の場合は、適宜行を追加してご記入ください。

	氏名	所属	要件及び職種（該当に☑）
2			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)
3			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)
4			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)
5			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)
6			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)
7			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)
8			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)
9			<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号） <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 入会見込 ← (入会必須です) <input type="checkbox"/> 非構成員（精神保健福祉士資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） (職種：)