令和５年度　滋賀県認知症フォーラム発表にかかる「演題申込書」

申込日： 　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| テーマ名(仮) 30文字以内 |  | | | | | | |
| 内容の概要 |  | | | | | | |
| 希望する発表方法  ※○で囲んでください。 | ステージ発表　・　ポスター発表 | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | 職種 |  |
| 発表者氏名 |  | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 発表者所属 |  | | | | | | |
| 連絡先 | 郵便番号 | 〒 |  | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  | | |
| Eメール | ※必ず記載してください。 | | | | | |
| 連名者 | 氏名 |  | | | | | |
| 所属 |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| ※共同発表の場合、記載して下さい。行が不足する場合、別紙を添えて下さい。 | 所属 |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 所属 |  | | | | | |

・演題申込書の締切は、令和５年９月１５日（金）午後５時までです。

・上記項目にもれなくご記入のうえ、事務局あてにメールでお申込みください。なお、メール本文には、必ず送信者の所属と氏名を明記してください。

・申込書のメールを受信した２～３日以内に事務局から受付済みの返信をします。事務局からの返信がない場合は、必ず事務局あて電話でその旨を連絡してください。

・申込み後に変更があった場合は、事務局あてにすみやかに連絡してください。

・本書に記載された個人情報は、要旨集の掲載や発表の連絡調整など、滋賀県認知症フォーラム運営の目的にのみ使用します。

【申込先】

滋賀県認知症フォーラム事務局（滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課　在宅医療福祉・認知症施策推進係）

メール：ninchisyo@pref.shiga.lg.jp

電話：077-528-3522