**日本精神障害者リハビリテーション学会　第30回岡山大会**

**自主プログラム　申込書**

　年　　月　　日

※下記項目をご入力のうえ、**2023年8月31日（木）**までに

運営事務局（E-mail：30japr@med-gakkai.org）までE-mailに添付してご提出ください。

**■企画責任者連絡先（企画の実施責任者を記載してください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属 |  | | |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

※採否の連絡事項につきましては、記載のE-mailアドレス宛に連絡いたします。

**■タイトル　全角60文字以内**

|  |
| --- |
|  |

**■開催日時について**

＊日時は大会長が決定いたします。

＊原則「90分間」のプログラムとなります。

**■抄録集本文　全角1200文字以内**

|  |
| --- |
|  |

**※英文登録の際は、半角英数字2文字で全角1文字に換算いたします。**

**半角のカタカナは、使用しないでください（全角カタカナをお使いください）**

**■企画者**

**※最大10名　（共同企画者は最大9名）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企画者1 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者2 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者3 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者4 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者5 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者6 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者7 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者8 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者9 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 企画者10 | 氏　名 |  | 所　属 |  |

**■その他・通信欄**

|  |
| --- |
|  |

＜お問い合わせ先＞

日本精神障害者リハビリテーション学会　第30回岡山大会　運営事務局

株式会社メッド　担当：渡邉・足立

TEL：086-463-5344（平日9：00～18：00）

E-mail：30japr@med-gakkai.org