

岩手県作業療法士会 主催

現職者共通研修『事例報告・事例検討』申込書

氏 名				
会員番号	協会番号：	県士会番号：		
所 属				
連絡先	F A X			
	T E L			
	Mail (PC Mailのみ)			
申し込み (どちらかに○を付ける)	事例報告 (※下記を記入)		事例検討	
領域 (事例報告のみ)	身障害害	精神障害	発達障害	老年期障害
演題名 (事例報告のみ)	未定・[ ]			
スーパーバイズの希望 (事例報告のみ)	希望		不要	

F A X送信宛：おはようクリニック通所リハビリ 019-662-0852

M a i l：h\_stream8@yahoo.co.jp

申込み締切：平成30年1月15日(月)

\*演題名未定でも申し込み可能です。

\*「事例報告」申込みの方には、申し込み後に抄録作成要項をご連絡致します。

「事例報告」申込みの方には、参加不可の場合のみご連絡致します。

事例報告について

発表時間：7分発表、3分質疑応答

発表型式：口述発表 プレゼン器材：PowerPoint

配布資料、抄録：A4 1枚 \*事例報告終了後、配布資料は回収します

問い合わせ先：

おはようクリニック通所リハビリ 高橋秀暢

TEL：019-662-0850

FAX：019-662-0852

E-mail：h\_stream8@yahoo.co.jp