**第23回　日本神経理学療法学会学術大会**

**公募型シンポジウム　応募申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 応募領域該当するものに✔︎を入れてしてください | □ 特定枠 応募先の小領域も選択してください□ 脊髄損傷□ 脳卒中□ 小児・発達□ 神経難病 | □ 自由枠 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 企画提案者
 | 氏名 |  |
| 会員番号 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先住所 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先e-mail |  |
| 認定・専門 |  |
| 2．共同提案者（必要な場合） | 氏名 |  |
| 会員番号 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先住所 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先e-mail |  |
| 3．発表演者1 | 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 会員番号 |  |
| 登録理学療法士登録番号 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先e-mail |  |
| 発表演者2 | 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 会員番号 |  |
| 登録理学療法士登録番号 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先e-mail |  |
| 発表演者3 | 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 会員番号 |  |
| 登録理学療法士登録番号 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先e-mail |  |
| 4．座長（企画提案者、または共同提案者） | 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 会員番号 |  |
| 登録理学療法士登録番号 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先e-mail |  |

※発表演者は3名以内とし、発表演者と座長は兼任可とする。

※発表演者および座長の会員番号、登録理学療法士登録番号の登録番号は、当該者が日本理学療法士協会の会員である場合のみ記載する。

**第23回　日本神経理学療法学会学術大会**

**公募型シンポジウム　応募申請書**

|  |
| --- |
| 1．シンポジウムタイトル（50字以内） |
| 1. シンポジウムのねらい（200字以内）

（学術および臨床的背景を踏まえて説明し、参照すべき代表的な文献を最後に示すこと）＜関連する代表的参考文献＞ |
| 3．発表演者の発表内容と予定時間（総合討論を必須とする、合計時間60分）　　演者①：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」（〇〇分）演者②：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」（〇〇分）演者③：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」（〇〇分）総合討論：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」（〇〇分） |
| 4．総合討論のテーマとねらい＜討論テーマ（箇条書き．数に制限はないが規程時間内に終えられるようにすること）＞＜ねらい（上記討論テーマのねらいをそれぞれ記載すること）＞＜まとめ（総合討論のまとめとして導きたい内容を記載すること、200字以内）＞ |
| 5．期待される公益性（理学療法発展に寄与し得る効果：簡潔に記載すること） |

以上