|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな）  筆頭演者名 | （　　　　　　　　　　）　年齢（　　　　　） |
| 経験年数 | * 演題登録時の経験年数を記載 |
| 所属機関名 | ※施設名　所属機関名 |
| 所属機関郵便番号 | ※半角数字で入力してください |
| 所属機関住所 |  |
| 電話番号 | ※半角数字で入力してください |
| FAX番号 | ※半角数字で入力してください |
| E-mail | ※半角英数モードで入力してください |

【登録要項】　　演題名：全角50文字以内、抄録本文：全角800文字以内

　　　　　　　　理学療法に関する演題を広く募集します。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容は【目的】【方法】【結果】【結論】などに分け，論旨を明確にお書き下さい。  症例・経験・その他報告の場合は【目的】【臨床経過/活動内容など】【結論】などに分け,論旨をお書きください。 | |
| 演題名  （50文字以内） |  |
| 所属・氏名  **発表者に○印を付けてください** | 〇発表者名1)，共同演者名2)，共同演者名3)，，，  1）所属名，2）所属名，3）所属名， |
| 抄録本文  （800文字以内） | 【目的】  【方法】  【結果】  【結論】  【症例】  【目的】  【経過】  【結論】  　　　など |

演題申込期限　**2021年2月15日（月）〜3月26日（金）14時まで**

演題送付先　JA秋田厚生連 秋田厚生医療ｾﾝﾀｰ　<akriha@akikumihsp.com >

【演題申込についての問い合わせ】

第25回秋田県理学療法士学会

　準備委員長：鎌田　哲彰

JA秋田厚生連　秋田厚生医療センター

〒011-0948　秋田市飯島西袋一丁目1番1号

TEL：018-880-3000（代表）

E-mail：akriha@akikumihsp.com