|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  筆頭演者氏名/年齢 | （ ）  　　　　/ 年齢（ 歳） |  |
| 経験年数 | 年 | ※演題登録時  1年目の方は0年と記載してください |
| 所属機関名 |  | ※施設名　機関名  例）〇〇病院〇〇科 |
| 所属機関郵便番号 | 〒 | ※半角数字 |
| 所属機関住所 |  |  |
| 電話番号 |  | ※半角数字 |
| FAX番号 |  | ※半角数字 |
| E-mail |  | ※半角英数字 |
| 演題分類 | 研究報告・活動報告・症例報告 | ※いずれか選択 |

※一般演題は研究報告・活動報告を含みます。症例報告（後期研修）は別シートで提出してください。

演題申込期限：　**2022年12月5日（月）〜 2023年2月5日（日）正午まで**

演題送付先：　市立秋田総合病院 < ptakitagakkai27@gmail.com >

【演題申込についての問い合わせ】

第27回秋田県理学療法士学会　演題管理係：柴田　和幸

市立秋田総合病院　リハビリテーション科

〒010-0933　秋田市川元松丘町4番30号

TEL：018-823-4171（代表）

E-mail：[ptakitagakkai27@gmail.com](mailto:ptakitagakkai27@gmail.com)

【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 |