|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （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：　**2024年1月8日（月）〜 2024年2月16日（金）まで**

演題送付先：　< ptakitagakkai28@gmail.com >

【演題申込についての問い合わせ】

第28回秋田県理学療法士学会　実行委員長：福原　隆志

秋田リハビリテーション学院

〒010-0065　秋田市茨島一丁目4番80号

TEL：018-865-0188（代表）

E-mail：ptakitagakkai28@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 |