

# 第5回 認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会 ポスター発表にかかる「演題申込書」

申込日：                      年    月    日

テーマ名(仮) 30文字以内			
ふりがな			職種
発表者氏名			
ふりがな			
発表者所属			
連絡先	郵便番号	〒	
	住所		
	電話番号		FAX番号
	Eメール*		
※査読に電子メールを使用しますので必ず記載してください。			
連名者  ※共同発表の場合、記載して下さい。行が不足する場合、別紙を添えて下さい。	氏名		
	所属		
	氏名		
	所属		
	氏名		
	所属		
	氏名		
	所属		

- 演題申込書の締切は、令和元年8月9日（金）午後5時までです。
- 上記項目にもれなくご記入のうえ、事務局あてにメールでお申込みください。  
なおメール本文には、必ず送信者の所属と氏名を明記してください。
- 申込書のメールを受信した2～3日以内に事務局から受付済みの返信をします。  
事務局からの返信がない場合は、必ず事務局あて電話でその旨を連絡してください。  
※フリーメールサービスを利用したメールに関しては、県の情報セキュリティにより事務局に到達しないことがあります。また、到達しなかったことは送信者へ通知されませんので、ご注意ください。
- 申込み後に変更があった場合は、事務局あてにすみやかに連絡してください。
- 本書に記載された個人情報、抄録集の掲載や発表の連絡調整など、認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会運営の目的にのみ使用します。

<申込先>

認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会事務局（滋賀県医療福祉推進課認知症施策推進係）

メール：ed00@pref.shiga.lg.jp

住所：大津市京町四丁目1番1号

電話番号：077-528-3522 / ファックス番号：077-528-4851