

令和 5 年 6 月 20 日

会員施設 各位

第 17 回 東京都介護老人保健施設大会  
大会運営委員会 事務局

第 17 回東京都介護老人保健施設大会

口演、誌上発表募集について（ご案内）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、標記大会の開催（令和 5 年 10 月 6 日）に対しましては、各施設からふるって口演発表及び誌上発表へご応募いただきますよう心からお願い申し上げます。

ご応募に際しましては、別紙申込書に必要事項をご記入の上、当協会事務局宛て、FAX またはメール（件名は「17 回都大会発表申し込み」と明記ください）にてお申し込みいただきますようお願いいたします。

なお、口演発表は、時間的な制約もあり、各施設 1 題とし、14 題を予定【締切 7 月 10 日（月）】しております。

予定数を超える応募があった場合は、誠に申し訳ありませんが誌上発表とさせていただきますのでご容赦いただきますようお願い申し上げます。

皆様のご応募を心よりお待ちしております。

また、口演発表での演題発表が決定した施設には、別途ご連絡いたします。

大会実行委員会行

令和5年 月 日

申し込みアドレス : torokentaikai@roken-tokyo.or.jp

メール件名「17回都大会発表申し込み」と明記しこの用紙を添付してください。

施設名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

第17回東京都介護老人保健施設大会口演・誌上発表申込書【7/10締切り】

発表項目：口演発表

(ふりがな) 発表者氏名	職種	分類	演題
( )			

発表項目：誌上発表

(ふりがな) 発表者氏名	職種	分類	演題
( )			
( )			
( )			

(注) 1. 分類は下記より選び、番号を付けてください。

1. ケア 2. リスクマネジメント 3. リハビリテーション 4. レクリエーション  
5. 医療と看護介護 6. 管理運営 7. 業務改善 8. 在宅支援 9. 食事・栄養  
10. 認知症 11. 排泄

◆ 発表項目については、いずれかに○印を付けてください。

◆ 口演発表時間は6分、質問2分です。(時間厳守)

◆ 発表者の氏名、職種は抄録集プログラムに掲載されます。

略字等は用いず正確にご記入下さい。

連絡・送付先 都老健 事務局 TEL03-6380-4351

**FAX03-6380-4371**