**鳥取県福祉研究学会第1９回研究発表会**

**研究発表参加申込書**

申込日【　　　年　　月　　日】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属団体等 | ※法人名から記入してください。 | | | |
| 発表者  職・氏名 | （ふりがな） | | | |
| 住　　所 | 〒  ※ここに記載されたご住所に発表承認通知を送付します。 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
|  | | | | |
| 発表の種別  （右記該当に○印） | １　口述発表　　　　　　　　２　ポスター発表 | | | |
| 対象分野  （右記該当に○印） | １　高齢者福祉（施設系）　　　　　　４　児童福祉  ２　高齢者福祉（在宅系）　　　　　　５　地域福祉  ３　障がい児・者福祉　　　　　　　　６　その他社会福祉領域 | | | |
| 発表テーマ |  | | | |
| 発表要旨  ※簡潔に記入してください。 |  | | | |
| 提出資料  （右記該当に○印） | ①レジュメ  **(必須)** | ②詳細ﾚﾎﾟｰﾄ  **(必須)** | ③ﾊﾟﾜｰﾎﾟｲﾝﾄ  (任意) | ④その他  参考資料等 |
|  |  |  |  |
| 使用予定機材  （右記該当に○印）  ※会場発表者のみ | １　パソコン  ２　プロジェクター・スクリーン  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 動画・音声  の有無 | ※パワーポイントデータ  動画再生（　有　・　無　）　　　音声（　有　・　無　） | | | |
| 倫理要綱の順守について | 口　個人情報・プライバシーの保護について確実に対応しました  　　（チェックを入れてください） | | | |
| 備　　　考 |  | | | |

　※共同研究者名は「裏面」に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究者氏名 | 所属・職名  ※法人名から記入してください | 当日発表者欄  （○印） | 当日参加者  （〇印） | 参加費 | 食堂  利用希望  （〇印） |
| （ふりがな） |  |  |  | 円 |  |
| （ふりがな） |  |  |  | 円 |  |
| （ふりがな） |  |  |  | 円 |  |
| （ふりがな） |  |  |  | 円 |  |
| （ふりがな） |  |  |  | 円 |  |
| （ふりがな） |  |  |  | 円 |  |
| ＜記入例＞  （ふりがな）  　とっとり　はなこ  鳥取　　花子 | 〇〇法人△△△苑  介護福祉士 | 〇 | 〇 | １，０００円 | 〇 |

※　研究者全員を記入してください。

　　※　当日発表する人の「当日発表者欄」に○印を付けてください。

※　発表者、一般参加者（発表しない研究者含む）ともに参加費が必要です。「当日参加者欄」に〇を

つけ、「参加費欄」に必要金額を記入してください。

■一般参加・発表参加者　１,０００円　　■学生・障がい当事者　５００円

なお、当日、参加されない人（研究者）は無料ですので「参加費欄」は無記入としてください。

　　※　当日は、会場の食堂（シグナスキッチン）で昼食を注文することができます。利用希望の方は、◯印を付けてください。食堂利用希望人数を把握するためにお聞きしています。

注文、支払い等は、当日各自でお願いいたします。事務局を通しての支払いはできません。

※　この申込書は必ずコピーし、控えとして保存してください。

※　本書に記載された個人情報はプログラムや要旨集への掲載、発表の連絡調整等、鳥取県福祉研究学会の運営の目的のみに使用します。