

第 59 回九州医療ソーシャルワーカー研修会おおいた大会 研究発表演題申込書

申込締切：2023 年 7 月 31 日（月）

申 込 先：大分県立病院患者総合支援センター患者総合相談室 竹井康喜

アドレス：k-takei23@oitapref-hosp.jp

研究発表演題申込書

演 題					
	発 表 者	ふりがな			
		氏 名			
職 種		MSW PSW 介護支援専門員 その他()			
所 属	()県医療ソーシャルワーカー協会				
	ふりがな				
	所属機関名	(所属部署名:) 職位・職名()			
		主たる業務の領域	高度急性期・急性期・回復期・地域包括ケア・療養型・緩和ケア 介護医療院・介護老人保健施設・その他()		
	住所	〒 -			
	連絡先	電話番号	() -	FAX 番号	() -
		E-mail			
発 表 内 容 の 要 旨	キーワード				
	発表の要旨概要を簡潔にご記入ください。(注:抄録等大会誌に記載されるものではありません。)				

※ 演題変更がある場合は必ずご連絡ください。

【参加方法】 会場 オンライン