

会員各位

公益社団法人 埼玉県理学療法士会  
会 長 南本 浩之  
南部ブロック理事 宇野 潤  
南エリア長 金子 佳弘  
(公文書番号にて公印省略)


**(公社)埼玉県理学療法士会 令和3年度南部ブロック  
南エリア症例検討会 演題募集のご案内  
(新プロ C-6 取得可)**

拝啓 会員の皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。また、県士会活動にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。この度、南部ブロック南エリアでは症例検討会を企画いたしました。学会での発表経験が浅い、もしくは発表経験を積みたいと考えているセラピストのステップアップのきっかけになればと思います。これから学会発表等自己研鑽の志を持つセラピストに、この機会を気軽に利用して頂けたら幸いです。

敬具

記

1. 日時： 令和 4 年 1 月 14 日 (金) 19:30 ~ 21:00 (19:10 受付開始)
  2. 場所： オンライン (ZOOM ミーティング使用)、東川口病院 多目的室
  3. 対象： (公社) 埼玉県理学療法士会会員または理学療法士
  4. 定員： 5 名 (※定員超過した場合、先着順とさせていただきます)
  5. 参加費： 当会会員は無料・他県士会員は 1,000 円・非会員は 5,000 円  
(参加費は振込のみ。詳細は「14.参加費について」へ)
  6. 申し込み方法：
    - ・ 当会 HP にあります本研修会「お申込フォーム」、または下記 QR コードからお申込できます。
    - ・ 申込後にキャンセルされる場合は、早急に下記の問い合わせ先へご連絡下さい。  
無断キャンセルの場合は今後の当士会主催の研修会参加を制限させていただく場合がございます。
- 申し込み QR コード


7. 演題募集期間： 令和 3 年 9 月 20 日 (月) ~ 令和 3 年 11 月 14 日 (日) まで  
※定員になり次第、受付終了とさせていただきます。
    - ・ 申し込み後、自動返信メールの送付をもって受付完了といたします。

・返信がない場合は「autoreply@form-mailer.jp」を受信登録後、再申込をお願いいたします。

返信メールが届かない場合は、下記の問い合わせ先へご連絡下さい。

※演題発表予約として、演題名や抄録がなくとも先にお申し出いただいても結構です。

演者の方へは後日メールにて当日のミーティング ID を連絡いたします。

1/7（金）19：30 より、第3回事前会会議と題し、発表リハーサルを行います。

・抄録については次項をご参照ください。

※抄録の査読を希望される方は以下の演題申し込み先メールアドレスに令和3年11月14日までにご連絡をお願い致します。

8. 抄録作成方法・期間：文字数は全角変換（半角英数字は2文字を1文字に換算）で1200文字以内とし、改行は各段落の最後のみとしてください。また、倫理に関する文言を必ずご記入してください。演題名・所属施設・筆頭演者及び共同演者名を記載し、メールで下記の演題申し込み・演題抄録提出先へ令和3年11月14日までに送信してください。

※抄録はWord文章で作成し、実施内容と帰結を分かりやすく記載してください。

**演題申し込み・抄録提出先**

済生会川口総合病院 金子佳弘 Email : [nanbu\\_minami1@yahoo.co.jp](mailto:nanbu_minami1@yahoo.co.jp)

※必ず件名に「南エリア症例検討会(演題発表)の件」と記載して下さい。

9. 応募上の注意：

- (1) 応募された抄録内容と症例検討会の発表内容が大幅に変わることはないようにして下さい。
- (2) 筆頭演者としての応募は1人1演題に限ります。
- (3) 演題の申し込みにあたっては、共同演者の了解を得た上で応募してください。
- (4) 内容の類似している複数の演題、他学会や雑誌で発表済みの演題の応募はご遠慮ください。
- (5) 本文中に演題対象者の属性（人名、施設名等）を記載しないように注意してください。
- (6) 抄録に関する著作権は埼玉県理学療法士会に帰属します。
- (7) 聴講者受付開始後、演題名をホームページ上に掲載させていただく場合があります。

10. 応募演題に関する倫理上の注意：

ヘルシンキ宣言に沿った演題であることをご確認ください。特にプライバシーの侵害や人体に影響を与える場合は対象者に説明と同意を得たことを本文中に明記してください。なお、演者の所属する病院・施設の倫理委員会で承認された演題である場合は、その旨を抄録中に記載してください。

11. 発表時間：14分（発表時間7分、質疑応答7分）

12. 発表形式：①東川口病院での口述発表、②自宅または施設などから口述発表もしくは録画発表。

(1) 東川口病院多目的室から発表の場合は発表用PCを主催者で用意します。

自宅もしくは施設などから発表される場合は機器、通信環境はご自身でご用意してください。

(2) 発表用ファイルはWindows版のMicrosoft Power Pointで参照できる形式で作成してください。

(3) ビデオ発表の場合は、Windows Media Playerで再生できる形式でご持参ください。

(4) 発表用ファイルは令和3年12月31日までに提出ください。

13. 新人教育プログラムの単位取得について：

発表者は、「C-6 症例発表」が取得できます。ポイント希望者は、申込時にお知らせください。

14. 参加費について

- ・他県士会会員（1000 円）、非会員（5000 円）の参加費は事前振り込みとなります。
- ・申し込み後、11 月 14 日(日)までに下記銀行口座へ入金して下さい。
- ・振込手数料はお申込者様のご負担となります。

埼玉りそな銀行	浦和中央支店
普通	5164734
名義	シヤ) サイタマケンリガクリョウホウシカイ

※申込者本人と異なる名義で入金する場合は、入金日、金額、振込名義、参加申込者の氏名を問い合わせ先のメールアドレスにメールでご連絡下さい。

※申し込み後のキャンセルに対し、返金対応は行っておりませんのでご了承下さい。

※参加者のインターネット接続環境等による不具合への返金対応、研修会中出席が確認できないための新人教育プログラムのポイント付与が不可能な場合の返金対応も行っておりませんのでご了承下さい。

15. その他：症例検討会の聴講者申し込みは後日連絡いたします。

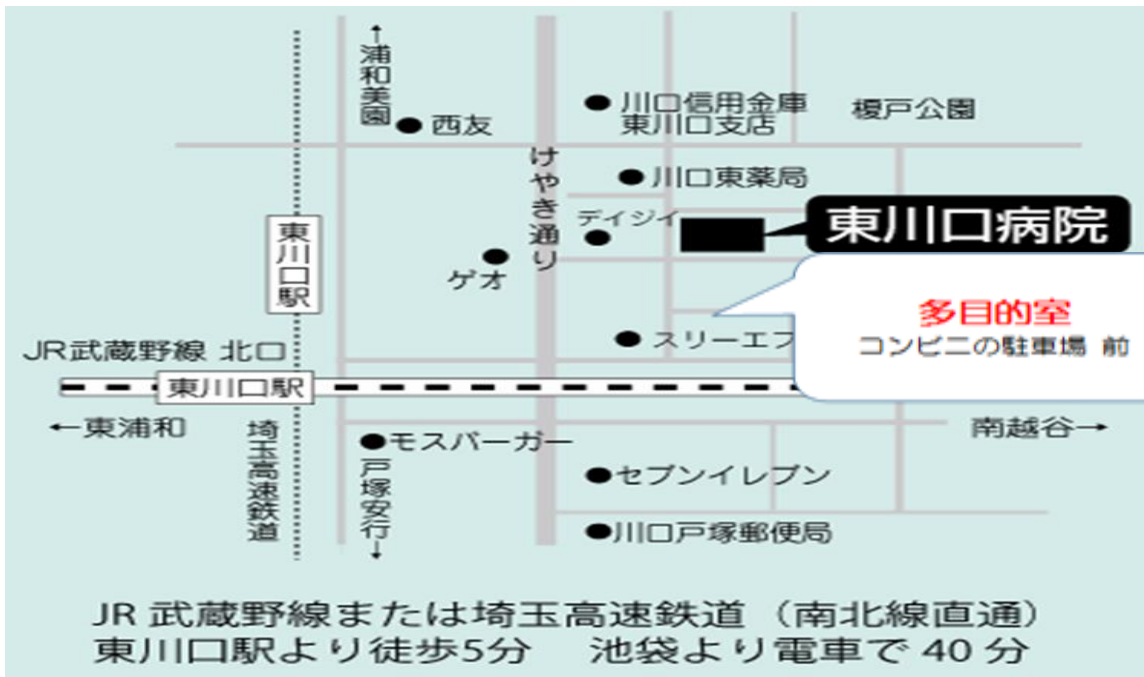
16. 会場までの交通：

会場となる多目的室はコンビニ駐車場向かいのアパート 1 階の 1 室となります（隣に東川口病院ケアプランセンターあり）。※東川口病院内ではございませんので、ご注意ください。

お車でお越しの方

東川口病院向かいに駐車場（無料）があります。

台数制限がございますので、満車の場合は近隣のコインパーキングをご利用下さい。



17. 問合せ先：南部ブロック運営委員 担当：金子

E-mail: nanbu\_minamil@yahoo.co.jp

※ 必ず件名に「南部ブロック南エリア症例検討会」と記載して下さい。

以上