|  |  |
| --- | --- |
| 第18回日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会　東京大会**演題申込票**該当する項目に☑を記入してください。 | 受付番号（事務局記入） |
| 演　題　名 |  |
| 区　　　分 | □　研究報告　　□　症例報告 |
| 倫理的配慮 | 倫理委員会の承認｜□有□不要　　　□　患者への倫理的配慮を行っている※ 9例以下の症例報告の場合は倫理委員会の承認は不要 |
| 利益相反（COI） | □　無　　 　□　有　　　別途「COI申告書」提出 |
| 発表希望形式 | □　口演　　　□　ポスター※ 開催方式やプログラムの都合上、ご希望に沿えない場合もございますので、あらかじめご了承ください |
| 演題の種類右記A,Bより１つずつお選びください | A．対象による分類 |
| □（1）神経変性疾患（ALS，パーキンソン病，等）□（2）神経筋疾患（筋疾患，筋無力症，末梢神経疾患）□（3）認知症□（4）他の中枢神経疾患（脳血管障害，発達障害，等）□（5）高齢者，フレイル，サルコペニア□（6）その他 |
| B．研究課題による分類 |
| □（1）摂食嚥下機能評価・摂食嚥下療法□（2）栄養評価□（3）看護・摂食支援□（4）栄養療法（栄養指導，経管栄養，等）□（5）外科治療□（6）多職種連携，チーム医療（NST，SST）□（7）終末期緩和ケア□（8）その他 |

|  |
| --- |
| ※ 筆頭演者は本学会の正会員に限ります。 |
| ふりがな |  |
| 筆頭演者（発表者）氏　名 |  |
| 筆頭演者（発表者）所属機関名 |  |
| 発表者連絡先学術集会からの連絡は原則E-mailで行います | 住　所 | □　所　属　　　□　自　宅〒 |
| 電話番号 |  |
| E mail |  |
| No. | 共同演者 氏名（ふりがな） | 所属機関名 | 当学会の入会状況 |
| 1 | 　　　 |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 2 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 3 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 4 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 5 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 6 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 7 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 8 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 9 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 10 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 11 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 12 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 13 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 14 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 15 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 16 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 17 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 18 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |
| 19 |  |  | □ 学会員 □ 非学会員 |

演者数は筆頭演者と共同演者を合わせて20名以内，所属機関数は10施設以内です。

【提出先】jsdnnm2022\_endai@sunpla-mcv.com （ファイル名に筆頭演者のお名前を入れてください）