|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１９回日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会　福岡大会  **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 | |
| 演題の種類  右記から1つ以上  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 |
| 20 |  | |  | |  | 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。

（ファイル名に筆頭演者のお名前を入れてください）