**ＦＡＸ　029-241-4456**

**第55回関東ブロック老人福祉施設研究総会**

**分科会発表テーマと発表者　報告票**

　■ 必要事項を記入の上、該当するものに〇印を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　分科会  発表テーマ  ・内容等 | ※　開催要項に掲載する為、発表内容がわかるように60文字程度で記載願います。 | | | | |
| 施設名 |  | | | | |
| 施設種別 | ①特養　　 　　②養護　　 　　③軽費・ケアハウス  ④デイサービスセンター　 　⑤地域包括支援センター  ⑥在宅介護支援センター  ⑦その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | | | | |
| 発表者氏名  （複数の場合は代表者名） | 発表者数　　　　　名（代表者含む） | | | | |
| 職種 |  | | 事業所での役職名 | | |
| 施設所在地 | 〒 | | | | |
| 連絡先 | TEL |  | | FAX |  |
| Ｅメールアドレス |  | | | | |
| 【通信欄】 | | | | | |