

## 第24回日本医療社会福祉学会 自由研究発表演題申し込み

演題タイトル		
演者	氏名	
	ふりがな	
	所属機関	
	所属部署名	
	会員番号	
	連絡先名称	
	連絡先〒番号	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	e-mail address	
共同演者①	氏名	
	ふりがな	
	所属	
	会員番号	
共同演者②	氏名	
	ふりがな	
	所属	
	会員番号	
共同演者③	氏名	
	ふりがな	
	所属	
	会員番号	
共同演者④	氏名	
	ふりがな	
	所属	
	会員番号	
共同演者⑤	氏名	
	ふりがな	
	所属	
	会員番号	

発表申し込み先および問い合わせ先

日本医療社会福祉学会事務局 jsswh-post@jaswhs.or.jp 担当:青山  
〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル2F

日本医療社会福祉協会内

TEL.03-5366-1057 FAX 03-5366-1058