

# 学術大会

テーマ

## 「介護学」への出発

—— 会場及びオンラインの同時開催となりました ——

### 会長講演

一般社団法人

日本自立支援介護・パワーリハ学会

会長 竹内 孝仁

### 記念講演

薬をやめて元気になろう ～危ない薬と、そのやめ方を考える～

NPO法人医薬ビジランスセンター(薬のチェック)理事長

大阪大学医学部(公衆衛生学)非常勤講師、内科医師

浜 六郎 先生

### 特別企画

自立支援介護におけるパワーリハの活用

特養、老健、有料老人ホーム等からの実践報告

パワーリハビリテーションに関する講演

日時

2021年

6月19日(土)・20日(日)

会場: タワーホール船堀

または

オンラインにて実施

#### ▶ 事前参加申込締切

2021年5月28日(金) 厳守

#### ▶ 演題登録は下記URLよりご登録ください。

※演題登録締切 2021年2月26日(金)

詳細は<https://jsfrc-powerreha.jp/>

#### 大会参加費

#### 事前申込

個人会員 8,000円

施設会員(1人) 8,000円

法人会員(1人) 8,000円

非会員 10,000円

※事前申込のみの受付となります。

お問い合わせ



Japan Society of Functional Recovery Care  
and Power Rehabilitation

一般社団法人 日本自立支援介護・パワーリハ学会

〒160-0008 東京都新宿区四谷三栄町3番7号 森山ビル東館5階

TEL: 03-5919-3824 FAX: 03-5919-3827

Mail: info@jsfrc-powerreha.com

# 第19回・第20回合同 日本自立支援介護・パワーリハ 学術大会

## 参加申込書

【事前参加申込締切：2021年5月28日(金) 厳守】

※事前申込のみの受付となります。当日申込はできません。

ご参加の方 下記に☑をいれてお申込み下さい。

|      |                                  |     |                                  |         |         |
|------|----------------------------------|-----|----------------------------------|---------|---------|
| 参加方法 | <input type="checkbox"/> オンライン参加 | 参加費 | <input type="checkbox"/> 個人会員    | 事前申込    | 8,000円  |
|      | <input type="checkbox"/> 会場参加    |     | <input type="checkbox"/> 施設・法人会員 | 事前申込 1名 | 8,000円  |
|      |                                  |     | <input type="checkbox"/> 非会員     | 事前申込 1名 | 10,000円 |

※施設・法人会員の方は、施設名、法人名もご記入ください。

個人会員     施設会員     法人会員     非会員

|                              |   |                   |
|------------------------------|---|-------------------|
| お名前                          | フリガナ  | 会員番号              |
|                              |   |                   |
| 施設名<br>法人名                   | フリガナ  |                   |
|                              |   |                   |
| 職 種                          |   |                   |
| 連絡先                          | (勤務先の場合は勤務先名をご記入下さい。)                         |                   |
|                              | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> |                   |
| <input type="checkbox"/> 勤務先 | .....   |                   |
| <input type="checkbox"/> 自宅  | .....   |                   |
| TEL                          | (      )                                      | FAX      (      ) |

|      |                   |                         |
|------|-------------------|-------------------------|
| 必須項目 | TEL      (      ) | ※当日連絡可能な電話番号をご記入お願いします。 |
|      | メールアドレス:          | @                       |

※1人につき 1 ID・パスワードを発行いたします。

一般社団法人  
日本自立支援介護・パワーリハ学会    FAX:03-5919-3827 行き

※複数の場合は、コピーしてお申込みください。