平成 27 年 8 月吉日

会員各位

一般社団法人　全国ノーリフティング推進協会
代表理事　杢野　暉尚

「第 3 回　全国大会　演題募集について」

謹啓　時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、第 3 回全国大会を平成 28 年 10 月 14 日（金）に開催するはこびとなりました。

今回の全国大会におきましても、前回に引き続き演題発表を募集いたします。テーマは『ノーリフティングポリシーについて』です。

会員法人・事業所で行っている取組みを共有することで、ノーリフティングポリシーの全国への普及が益々進めることができればと考えております。つきましては、ぜひ皆様が実施している内容や抱えている悩み、問題改善事例などを発表していただきたく、お願いする次第です。奮ってお申し込みいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

<u>演題発表（選考抄録の提出）の申込締切日【9 月 16 日（金）】</u>

敬具

【一般社団法人　全国ノーリフティング推進協会 第３回全国大会　演題募集要項】

① 演題発表での全体テーマ『ノーリフティングポリシーについて』
発表演題名・サブタイトルは自由です。

② 演題発表について
＜１題＞　発表時間：８分　　質疑応答：２分　　発表形式：パワーポイント

③ 選考抄録作成について　（別表１）
１：抄録は（別表１）をご利用ください。ご協力をお願い致します。
別表１に直接入力願います。
２：文字数は、最大２，４００文字（改行後の空白部分も文字数に反映されます。）
３：図表も含めて同様式２ページ以内で作成願います。
４：＜演　題　名＞　　太字・MS 明朝・１４ポイント
＜サブタイトル＞　　標準・MS 明朝・１２ポイント
＜県・所属・発表者＞MS 明朝・１０ポイント
＜本　　文＞　　標準・MS 明朝・１０ポイント
見出しに付ける【　　】は（全角）にて統一ください。
＜余白＞上（T）１５mm　下（B）１０mm　右（R）１８mm　左（L）１８mmの設定で作成ください。

④ 申込方法について
１：法人名（ふりがな）　２：事業所名（ふりがな）　３：事業所住所
４：電話番号　５：FAX 番号　６：発表者氏名（ふりがな）
７：発表者職種　８：演題名　９：サブタイトル　１０：抄録
以上１０項目を下記のアドレスにメールにて送信ください。

⑤ 申込あて先　※E メールにて送信ください。
一般社団法人　全国ノーリフティング推進協会 事務局　＜担当：大塚・三宅＞
メールアドレス：info@nolifting-suishin.com
・申込後４日以内に確認メールを返信いたします。
返信がない場合は、お手数ですが事務局までお問い合わせ下さい。

【申込締切日】平成 28 年 9 月 16 日（金）　※事務局必着

⑥ 募集演題数：5 題

⑦ 演題選出方法：応募数が 5 題を超えた場合は、事務局にて選考いたします。
選考結果は 9 月 20 日以降に事務局から応募者あてに連絡いたします。

⑧ 抄録集用原稿について
演題応募原稿を掲載。

⑨ 演題発表時のパワーポイント作成及び提出について（事務局から選考結果連絡後）

【メディア】　CD－R または USB フラッシュメモリ

【以下に注意し、データ作成ください】

１：OS：Windows Vista、７、８（Macintosh 不可）

２：アプリケーション　Microsoft Office PowerPoint 2007,2010,2013

３：文字化け防止のため、以下の字体を使用ください。

日本語：MS 明朝、MS ゴシック、MS P 明朝、MS P ゴシック

英　語：Arial、Century、Century Gothic

４：音声・動画（PowerPoint のアニメーション機能は除く）の使用はできません。

５：作成したメディア（CD－R または USB フラッシュメモリ）は、他のパソコンでも開くことを必ず確認して下さい。

【メディア提出先】（郵送ください）

〒４６１－０００４ 名古屋市東区葵３－２５－２３

一般社団法人　全国ノーリフティング推進協会 事務局　＜担当：大塚・三宅＞

※大会終了後にメディアは返却します。

【提出締切日】平成 28 年 9 月 30 日（金）　※事務局必着

⑩ 問い合わせ先

〒４６１－０００４ 名古屋市東区葵３－２５－２３

一般社団法人　全国ノーリフティング推進協会 事務局　＜担当：大塚・三宅＞

TEL ０５２－８５６－０６１１

FAX ０５２－８５６－３３５５

メールアドレス：info@nolifting-suishin.com

以　上

別表１

演題名：太字　MS 明朝　１４ポイント

～　サブタイトル：標準　MS 明朝　１２ポイント　～

○○県　　　社会福祉法人　○○○
特別養護老人ホーム　○○○
発表者　介護福祉士　○○○○
○○療法士　○○○○

【はじめに】・・・
・・・
・・・
【　　　　】・・・
・・・
・・・
【　　　　】・・・
・・・

●この様式に直接入力をお願いします。
●文字数は、最大２，４００文字（改行後の空白部分も文字数に反映）
●図表も含めて本様式２ページ以内で作成願います。