**第20回日本神経理学療法学会学術大会　公募シンポジウム申し込みフォーム**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 応募領域  ※チェックしてください | □　Ⅰ「運動障害」  □　Ⅱ「歩行」  □　Ⅲ「パーキンソン病」  □　Ⅳ「脊髄損傷・再生医療」  □　Ⅴ「半側空間無視」 | | □　Ⅵ「急性期」  □　Ⅶ「中枢性疼痛」  □　Ⅷ「脊髄小脳変性症」  □　Ⅸ「運動・姿勢制御」  □　Ⅹ「身体活動量」 | |
| 企画提案者  （オーガナイザー） | 氏名 | ふりがな | | E-mail |
|  |  | |  |
| 所属 |  | | |
| 共同提案者  ※必要な場合 | 氏名 | ふりがな | | E-mail |
|  |  | |  |
| 所属 |  | | |
| * シンポジウムの時間は総合討議を含めて60分です。 * 講演予定者を最大3名とし、企画提案者は必ず講演してください（講演予定者に再度記入）。 * 講演時間は人数にあわせて調整し、講演後に総合討議の時間を設けてください。 | | | | |
| 講演予定者①  （シンポジスト） | 氏名 | ふりがな | | E-mail |
|  |  | |  |
| 所属 |  | | |
| 講演予定者②  （シンポジスト） | 氏名 | ふりがな | | E-mail |
|  |  | |  |
| 所属 |  | | |
| 講演予定者③  （シンポジスト）  ※必要な場合 | 氏名 | ふりがな | | E-mail |
|  |  | |  |
| 所属 |  | | |
| シンポジウムの  タイトル（50字以内） |  | | | |
| シンポジウムの  ねらい（200字以内） |  | | | |

受付日：

提出先：第20回日本神経理学療法学会学術大会　企画担当

e-mail：[20th.society.neurological.sympo@gmail.com](mailto:20th.society.neurological.sympo@gmail.com)　（担当：生野 公貴）