1. **応募者情報**
2. 代表者情報

代表者の情報を入力してください。なお、代表者は日本リハビリテーション医学会の会員もしくは準会員に限ります。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前  ※チームの場合は代表者名 |  |
| ふりがな |  |
| チーム名（チームの場合のみ） |  |
| 会員番号 |  |
| ご所属 |  |
| 職種 |  |
| E-mail |  |

1. チームメンバー情報（チームの場合）

代表者以外のメンバー情報を入力してください。10名以上の場合は行を追加してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | お名前 | ふりがな | ご所属 | 職種 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **（応募されるもの、アイデア、工夫の）名称**
2. **内容情報（材料、作り方、用途など）※500字程度（写真、図などを含めてください。文字数にはカウントしません。本応募フォームに貼付してください。）**
3. **アピールポイント**
4. **実例紹介（1例以上）※任意（写真、図などを含めてください。本応募フォームに貼付してください。3と重複する場合はこちらには不要です。）**
5. **当日の展示・発表可否**
6. 学会当日、今回ご応募いただきました物やアイデアの内容について、展示いただくことは可能でしょうか？現物の展示が難しい物やアイデアの場合はポスターにしていただく想定です。

* はい　　　　□　いいえ

1. 学会当日、今回ご応募いただきました物やアイデアについて口演発表いただくことは可能でしょうか？（口演時間は7分程度の予定。口演は事前に改めて依頼します。）

* はい　　　　□　いいえ

なお、多数のご応募をいただきました場合、スペースの関係上、すべての物やアイデアを展示できない可能性がございます。ご応募いただきました物やアイデアの中から選定のうえ、各代表者様へ展示・口演発表をご依頼させていただきます。