

## 第49回山形県公衆衛生学会 開催要綱

- 1 主 催 山形県公衆衛生学会
- 2 日 時 令和5年3月1日（水）9:30～16:00 （受付：9:00～）
- 3 会 場 山形県立保健医療大学  
〒990-2212 山形市上柳260番地 TEL 023(686)6611（代）
- 4 学 会 長 山形県衛生研究所長 水田 克巳
- 5 参 加 者 山形県の公衆衛生に関心を持つ方であれば、どなたでも参加できます
- 6 特別講演 ※ 協議事項（4）にて協議
- 7 一般演題 発表分野  
地域保健、老人保健、親子保健、学校保健、感染症予防、精神保健福祉、歯科保健、公衆栄養、健康づくり、食品衛生、生活衛生、生活習慣病対策、介護予防、訪問看護、地域リハビリテーション、国際保健、その他
- 8 演題申込 別添「第49回山形県公衆衛生学会 演題募集要領」に従い、**令和4年12月9日（金）必着**で事務局あて申込みください。  
注）演題申込をされた方も、別途、参加申込が必要です。
- 9 参加申込 山形県衛生研究所ホームページ内「第49回山形県公衆衛生学会」から「参加申込」ができます。  
または、事務局あてメールやFAXにて参加申込みができます。  
**令和5年2月3日（金）必着**  
Eメール：publichealth49@eiken.yamagata.yamagata.jp  
FAX：023（641）7486  
メールで申込みの際は、件名に『参加申込』と明記してください  
・山形県衛生研究所ホームページ内「第49回山形県公衆衛生学会」からも、参加申込書（Word版）がダウンロードできます。

10 参加費 一般 2,000円 学生（大学院生を含む） 500円

- ・ 参加費には、講演集の代金が含まれます。
- ・ 演題発表者は参加申込者とみなしますので、参加費をご負担いただきます。
- ・ **参加費は令和5年2月10日（金）まで、指定口座に振り込んでください。**

また、参加申込者と振込者が異なる場合は、参加申込書の振込者名（口座名義人が異なる場合は口座名義人）を記載し、振込時にその氏名等を明記してください。

- ・ 講演集（1,000円）のみを希望する場合も、「参加申込書」により申し込んでください。

**【指定口座】**

山形銀行 本店営業部（店番号：101） 普通預金

口座番号：3181154

口座名称：山形県公衆衛生学会 学会長 水田 克巳

- ・ 当日参加も可能ですが、講演集の数に限りがあります。

11 事務局 第49回山形県公衆衛生学会事務局

〒990-0031 山形市十日町一丁目6-6

山形県衛生研究所

TEL 023 (627) 1108（生活企画部） FAX 023 (641) 7486

Eメール：publichealth49@eiken.yamagata.yamagata.jp

12 その他

- ・ 本学会は、日本公衆衛生学会の認定専門家地方公衆衛生学会として認定を受けています。また、社会医学系専門医クレジットK単位の申請が可能です。
- ・ 車でお越しの方は会場の駐車場をご利用ください。
- ・ 当日の昼食・宿泊及び交通手段の斡旋はいたしません。

【会場案内】山形県立保健医療大学 〒990-2212 山形市上柳260番地



(送信先) 山形県衛生研究所

FAX: 023-641-7486 Eメール: publichealth49@eiken.yamagata.yamagata.jp

**「第49回山形県公衆衛生学会 参加申込書」 令和5年2月3日(金) 必着**

所属・職種	氏名	メールアドレス	申込区分 (いずれかに○)		K単位申請 する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
合計		( )人			
代表者連絡先	所属				
	氏名				
	電話				

※ 演題発表者を含めて記載願います。(演題発表者も参加費の負担が必要となります。)

※ 申込者数が多く、この申込用紙で不足する場合は、氏名欄に「別紙記入」と記載し、別紙の参加申込書を添付願います。

学会参加費及び 学会参加者数	一般	参加費(講演集込み) 2,000円×( )人=( )円
	学生	参加費(講演集込み) 500円×( )人=( )円
講演集のみ希望	必要冊数	1,000円×( )冊=( )円
合計(振込金額)		( )円
振込者名(口座名義人)(カタカナ)		振込(予定)日; ___月 ___日

□講演集を送付する際に宛名ラベルとして使用しますので、必ず宛名(受取人)を記入してください。

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

様

第 49 回山形県公衆衛生学会 参加申込者

( 枚/ 枚中)

所属・職種	氏 名	メールアドレス	申込区分 (いずれかに○)		K単位申請 する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
合 計		( ) 人			