**第19回日本移植・再生医療看護学会学術集会**

**演題申込フォーム**

**演題登録締切日：2024年7月15日（月）**

**【筆頭演者情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属施設 |  |
| 住所 | 〒 |
| 当日連絡のとれる電話番号 |  |
| E-mail |  |

**【共同演者情報】**共同演者登録は６名程度とし、足りない場合は欄を増やしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | フリガナ | 所属施設 | 会員番号  ＊会員手続き中は  “手続き中”と記載 |
| **共演演者①** |  |  |  |  |
| **共演演者②** |  |  |  |  |
| **共演演者③** |  |  |  |  |
| **共演演者④** |  |  |  |  |
| **共演演者⑤** |  |  |  |  |
| **共演演者⑥** |  |  |  |  |

**【COI申告について】**　いずれかに✔してください。

|  |
| --- |
| 申告すべき項目：　　　□　有　　　　　□　無 |