第30回日本国際保健医療学会東日本地方会

演題登録フォーム

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目名 | 入力項目 | | | |
| 連絡先　氏名 |  | | | |
| 連絡先　Eメール |  | | | |
| 連絡先  住所 電話/FAX番号 |  | | | |
| 研究種類番号 |  | | | |
| 発表形式 | 口演発表のみとなります | | | |
| トピック番号 | 第1希望 |  | 第2希望 |  |
| 関連地域番号 |  | | | |
| 発表言語 |  | | | |
| 演題名 |  | | | |
| 英語演題名 |  | | | |
| 筆頭著者、  共著者氏名 |  | | | |
| 所属機関 |  | | | |
| 抄録 |  | | | |

記入上の注意：

1. 筆頭著者、共著者氏名および所属機関の記入例は以下です。

佐久太郎1)、臼田花子2)、長野 博1)3)

長野県厚生連佐久総合病院 2)佐久学園　佐久大学、3)NPO法人GLOW

1. 抄録は、**日本語:全角800文字、あるいは、英語：半角250ワード**　で、ご記入願います。

以下、事務局記入用のため空欄のまま提出して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 演題登録番号 |  |
| 演題番号 |  |