**日本集中治療医学会第5回北海道支部学術集会**

**演題申込書**

**申込み締切　2021年6月16日（水）**

下記の項目を記載し、運営事務局まで抄録と一緒にWordデータのまま添付下さい。

受領後、営業日3日以内にメールにて受領確認のご連絡をさせていただきます。運営事務局より返信が無い場合は、お手数でも運営事務局にお問合せください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜筆頭演者　氏名＞ | 姓 | | | 名 | | | せい（ふりがな） | | | めい（ふりがな） | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
| ＜筆頭演者　所属機関＞ | 〔例〕 ●●病院 集中治療室1)　 　※筆頭演者の所属は必ず1）になります。 | | | | | | | | | | |
| 1） | | | | | | | | | | |
| ＜筆頭演者　職種＞ | 医師　・　コメディカル　・　企業  初期研修医　・　学生　・　その他 | | | | | | 会員番号（非会員の場合は非会員と記入） | | | |  |
| ＜筆頭演者　連絡先＞ | 〒 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| TEL | |  | | | FAX | |  | | | |
| ＜筆頭演者  メールアドレス＞ |  | | | | | | | | | | |
| 演題分類番号  （最大3つまで選択） |  | | | |  | | | |  | | |
| ＜共同演者　所属機関＞ | 〔例〕 ●●病院 集中治療室2），同　麻酔科 3） | | | | | | | | | | |
|  | 2）  3)  4）  5) | | | | | | | | | | |
| ＜共同演者　氏名＞ | 〔例〕 ●●　●●1）、　○○　○○1）、　▲▲　▲▲ 2）、□□　□□ 3） | | | | | | | | | | |
|  | 2）  3）  4）  5）  6）  7） | | | | | | | | | | |

**日本集中治療医学会第5回北海道支部学術集会**

**発表抄録**

（標準フォントをご利用ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名  （全角50字以内） |  |
| 抄録（日本語で作成してください）  （全角800字程度）  【緒言】【目的】【方法】  【結果】【考察】【まとめ】  などの小見出しを必ず  つけてください。 | 【緒言】  【目的】  【結果】  【まとめ】 |