**日本集中治療医学会第7回北海道支部学術集会**

**演題申込書**

**【申込締切】　2023年7月18日（火）**

下記項目（全て）に記載いただき、**Wordデータのまま、運営事務局（****cv@kcav.co.jp）**までメール添付でお送りください。　受領後、営業日3日以内に、運営事務局から受領確認のメールをご返信いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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○○科　　※筆頭演者の所属を1）とします | 1)以外の所属機関番号 |
| 1) |  |
| 筆頭演者　職種 | 医師　・　看護師　・　コメディカル　・　初期研修医　・　学生　・その他（　　　　　　　　） |
| 筆頭演者　会員番号（非会員は非会員、申請中は申請中と記載ください） |  |
| 筆頭演者　連絡先 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 筆頭演者　メールアドレス |  |
| 演題分類（3～5個可能） | 〔例〕　1）気道 |  |
|  |  |
|  |  |
| 利益相反（COI） | 　有　　・　　無　 | 二重発表 | 該当する　　・　　該当しない |
| 抄録内容 | 研究　　・　　症例・経験・その他報告　　・　　分類が不明 |
| 共同演者　所属機関共同演者の所属機関が筆頭発表者と異なる場合は、右記に記入ください。最大10施設まで可 | 〔例〕●●大学○○科 |
| 2）3）4）5）6）7）8）9）10） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同演者　氏名・所属機関番号筆頭演者と合わせて最大10名まで可氏名は、姓と名の間に1マス空けてください　 |  | 氏名（漢字） | しめい（かな） | 所属機関番号 |
| 2） |  |  |  |
| 3） |  |  |  |
| 4） |  |  |  |
| 5） |  |  |  |
| 6） |  |  |  |
| 7） |  |  |  |
| 8） |  |  |  |
| 9) |  |  |  |
| 10) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **演題名**（全角50字以内） |  |
| **抄録**・日本語に限る・全角800字以内 |  |