**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](mailto: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 |  |