第15回福岡県透析医学会学術集会

～演題応募フォーマット～

応募先　Email：mhondah2@aih-net.com

［案内事項］

1.演題名（全角50字以内）、所属名、演者名、本文全て含めて全角800字以内でご記入ください。

2.英数字は半角で記入してください。

3.共同演者に所属施設の番号を付けるなどして、各共同演者の所属施設を明確にして下さい。

4.抄録内容の修正、削除などは上記メールアドレスへ直接連絡ください。

5.発表内容に関する過去３年分の利益相反（COI）状況について申告をお願いします。合わせて、発表時には、発表スライドへ提示して下さい。

**＊印は、必ずご入力ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **筆 頭 演 者** | |
| **筆頭演者氏名　　　＊** |  |
| **筆頭演者ふりがな　＊** |  |
| **筆頭演者所属　　　＊** |  |
| **筆頭演者連絡先　　＊**  **（電話・E-mail）** | TEL：  E-mail： |
| **共 同 演 者** | |
| **共同演者氏名** |  |
| **所属** |  |
| **COI申告　　＊** | |
| あり　　　　　・　　　　なし | |

|  |  |
| --- | --- |
| **演題名　　＊**  **（全角50字以内）** |  |
| **抄録本文　＊** | |
|  | |