**第27回日本アフェレシス学会九州地方会**

**～演題応募フォーマット～**

応募先　Email：[kuma-aki@med.uoeh-u.ac.jp](mailto:kuma-aki@med.uoeh-u.ac.jp)

**演題名、所属名、演者名、本文全て含めて800字以内でご記入ください。**

**＊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・メールアドレス）** | TEL：  E-mail： |
| **共 同 演 者** | |
| **共同演者氏名** |  |
| **所属** |  |
| **COI申告　　＊** | |
| あり　　　　　・　　　　なし | |
| **分類番号　＊　下記より選択ください。**  **（１）臨床（２）膜・装置（３）その他** |  |
| **演題名　　＊** |  |
| **講 演 要 旨　＊** | |
|  | |