**山梨大学看護学会学術集会**

**演題申込書**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **演題申込締切日：ＨＰ参照** |
| 申込日 | 年　　　月　　　日 |
| 演題名 |  |
| ふりがな  発表者氏名  （会員番号・所属） |  |
| ふりがな  共同研究者氏名  （会員番号・所属） | ＊共同研究者は全員ご記入下さい。 |
| 発表者連絡先 | 住所：〒  電話：  E-mail： |
| 利益相反（COI）の有無 | □有り　　　□無し　　　　該当する方に✔してください |

※筆頭発表者は、本学会の会員に限ります。

|  |
| --- |
| 受付番号（事務局用） |
|  |

＊受付番号は事務局で処理いたします。