**第35回北日本インターベンショナルラジオロジー研究会**

**抄録申込書（1/2）**

**【申込締切】　2022年7月12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　・　技士　・　看護師　・　その他（　　　　　　　 　） |
| 筆頭演者　連絡先 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 筆頭演者　メールアドレス |  |
| 共同演者　所属機関 | 〔例〕 ●●大学病院　○○科　　　※5）以上ある場合は追加してご記入ください。 |
| 2）3）4）5） |
| 共同演者　氏名・所属機関番号氏名は、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) |  |  |

**発表抄録（2/2）**

※文字化けを防ぐため、標準フォントを使用ください

|  |  |
| --- | --- |
| **演題名**（全角40字以内） |  |
| **抄録**・日本語に限る・全角400字以内・抄録本文中に図表の使用はできません。・【目的】【方法】【結果】【結論】を含んだ内容で記載ください.・句読点には,（コンマ）および ．（ピリオド）を使用してください | 【目的】【方法】【結果】【結論】 |