**第6回北海道外科関連学会機構合同学術集会（HOPES 2023）**

**学生セッション　演題申込書**

**【申込締切】　2023年7月26日（水）**

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-hopes@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（発表者）  氏名 | 姓 | | | 名 | | せい（ふりがな） | | | めい（ふりがな） | |
|  | | |  | |  | | |  | |
| 筆頭演者（発表者）  所属・学年 | 〔例〕 ●●大学 医学部　○年生　　※筆頭演者の所属を1）とします | | | | | | | | | |
| 1) | | | | | | | | | |
| 筆頭演者（発表者）  連絡先 | TEL | |  | | | | FAX |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | | |
| 担当教官　所属 |  | | | | | | | | | |
| 担当教官　氏名（漢字） |  | | | | | | | | | |
| 共同演者　所属機関  ※6以上ある場合は追加してご記入ください。 | 〔例〕 ●●大学/病院 ○○科 | | | | | | | | | |
| 2）  3）  4）  5）  6） | | | | | | | | | |
| 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。  ※6以上ある場合は追加してご記入ください。 |  | 氏名（漢字） | | | しめい（かな） | | | | | 所属機関番号 |
| 2） |  | | |  | | | | |  |
| 3） |  | | |  | | | | |  |
| 4） |  | | |  | | | | |  |
| 5） |  | | |  | | | | |  |
| 6） |  | | |  | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **演題名**  （全角60字以内） |  |
| **抄録**  （全角900字以内）  ≪日本文≫MS明朝  ≪英文≫Times New Roman  ≪数字≫半角 |  |