**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 |  |