**日本肺サーファクタント・界面医学会第59回学術研究会**

**抄録申込書（1/2）**

**【申込締切】　2023年7月3日（月）**

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 筆頭著者　氏名 | 姓 | 名 | せい（ふりがな） | めい（ふりがな） |
|  |  |  |  |
| 筆頭著者　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) |  |
| 筆頭著者　職種 | 医師　・　その他（　　　　　　　 　） |
| 筆頭演者　連絡先 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 筆頭著者メールアドレス |  |
| 共同著者　所属機関 | 〔例〕 ●●大学病院　○○科　　　※7）以上ある場合は追加してご記入ください。 |
| 2）3）4）5）6）7） |
| 共同著者　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75字以内） |  |
| **抄録**・全角800字以内・抄録本文中に図表の使用はできません。 |  |