**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](mailto: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。 |  |