**第４３回神奈川県病院学会　一般演題発表（口演・ポスター） 申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 病　院　名 |  |
| 連　絡　先 | ＴＥＬ:　　 ＦＡＸ:  Email:  連絡担当者： |

発表申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 氏　名　(ふりがな) | 職　種 | 所属(課・科)／役職 |
| （　　　　　　　　　　　） | □医師　　　　　□看護師  □薬剤師　　　　□放射線技師  □検査技師　　　□PT・OT・ST  □栄養　　　　□MSW・PSW　□事務  □その他（　　　　　　　　　） |  |
| 演　題　名 | | 発表方法（①～③のどれかに○） |
|  | | 1. 口　　演 2. ポスター   ③　①・②のどちらでも可 |
| ② | 氏　名　(ふりがな) | 職　種 | 所属(課・科)／役職 |
| （　　　　　　　　　　　） | □医師　　　　　□看護師  □薬剤師　　　　□放射線技師  □検査技師　　　□PT・OT・ST  □栄養　　　　　□MSW・PSW　□事務  □その他（　　　　　　　　　） |  |
| 演　題　名 | | 発表方法（①～③のどれかに○） |
|  | | 1. 口　　演 2. ポスター   ③　①・②のどちらでも可 |

**・　２０２４年７月５日(金)までに、****ＦＡＸ又はメールにてお送り下さい。**

**ＦＡＸ：０４５－２３１－１７９４（送付状不要です）**

**メール： gakkai43@k-ha.or.jp**

* １病院より３演題以上お申し込みの場合は、本紙をコピーしてご使用ください。
* 病院単位でとりまとめず、個人での申込みも可能です。