

## 徳島県看護学会演題登録用紙

受付番号

\* 集録原稿提出の際に、集録原稿提出チェックリスト、集録原稿と一緒に提出してください。

演 題 名 ( タ イ ト ル )				
( ふ り が な ) 発 表 者 氏 名		県会員番号		
発表者所属施設名 ( 正 式 名 称 )		部署名・電話番号 (必ず連絡のつく携帯番号)		
施 設 住 所				
共 同 研 究 者	氏 名	所 属 施 設 名	職 種 (看護職以外の 方は記載して ください)	県会員番号 (他県の方は 日本看護協会 会員番号を記載 してください。)
発表形式希望	1. 口演 (パワーポイント使用 有 : 無) 2. 示説 3. どちらでもよい (*ご希望に沿えないことがありますのでご了承ください。)			
発表者 メールアドレス	*原稿を提出するメールアドレスと同一のものを記載してください。  @			
そ の 他				

## 記入方法

- ・受付番号は、空欄のまま提出してください。
- ・発表者および共同研究者は、徳島県看護協会会員であることが必須です。入会を希望される方は事務局までご連絡 (会員係 088-631-5544) ください。また、他職種の共同研究者については職種の欄に職種名を記載してください。
- ・論文に記載している発表者・共同研究者氏名は、演題登録用紙と一致しているかをご確認ください。また合わせて施設名も正式名称にて記載しているかご確認ください。
- ・学会への参加申し込み方法については、後日連絡します。