（様式第１号）

**第68回長野県国保地域医療学会研究発表申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属名： |  |  | 担当部署名： |  |
|  |  |  |  |  |
| 担当者名： |  |  | メールアドレス： |  |
|  |  |  |  |  |
| 電話番号： |  |  | FAX番号： |  |

○演題発表者（演者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 演　　　　　　題（サブタイトルも含め50文字以内） | PowerPoint使用の有無（枚数） | 職　名 | （フリガナ）演　者　氏　名 |
|
|
|  | 有・無（　　枚）＊8枚以内 |  | （　　　　　　　　　　） |
|

○共同発表者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　　名 | 共同発表者氏名 | 職　　　名 | 共同発表者氏名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

○研究発表時の発表スライド操作について（PowerPointを使用する場合のみ回答）

|  |  |
| --- | --- |
| （該当するものに☑） | **□発表者自身が操作する**　　　　　　　　　**□事務局が操作する** |

○発表原稿の提供について

|  |  |
| --- | --- |
| （該当するものに☑） | **□可**　　　　　　　　　**□不可** |

○学会誌への顔写真（演者のみ）掲載について

|  |  |
| --- | --- |
| （該当するものに☑） | **□可**　　　　　　　　　**□不可** |

○その他

1.　研究発表の申込書はE-mailまたはFAX、発表要旨の原稿（**800字以内･･･Ａ４サイズ１ページ**）は、E-mailに添付のうえ**4月26日（金）（期日厳守）**までに事務局まで送付ください。

2.　職名欄については「○○部長」「看護師」「理学療法士」等を記載ください。

3.　氏名についてはプログラムに掲載する関係上、略さず正確に記載ください。

長野県国保地域医療推進協議会

（事務局）

長野県国民健康保険団体連合会

保健事業課　保健事業係

TEL：026-238-1553　　FAX：026-238-1559

E-Mail：hokenjigyo@kokuho-nagano.or.jp