|  |
| --- |
| この演題登録フォームに必要事項をご入力の上、メール添付にて運営事務局までご送付願います |

**第4回日本フットケア・足病医学会 東海・北陸地方会学術集会**

**演題登録フォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名60文字以内 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 筆頭演者連絡先 | ふりがな |  | 所属番号 | 下の所属欄の番号を入力してください |
| 氏名 |  |
| 連絡先住所 | 自宅/所属先：選択してください〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail | 受領通知は電子メールで後日事務局よりお送りいたします |
| 所属 | 1 | 例：名古屋大学医学部附属病院　内科 |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 共著者氏名 |  | 氏名 | ふりがな | 所属番号 |
| 1 | 例：愛知　太郎 | 例：あいち　たろう | 例：1、3 |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| カテゴリー | 選択してください |

|  |
| --- |
| 抄録本文（600文字以内） |
|  |

【提出先】第4回日本フットケア・足病医学会 東海・北陸地方会学術集会

運営事務局　アップローズ株式会社

Tel：0532-21-5731 / E-mail：jfcpm-tokai2024@uproses.co.jp