

〔応募要項、および記載例〕

第 57 回 茨城人工透析談話会事務局行き

E-mail 送信先 : touseki57@mito-saisei.jp

必要事項を入力の上、事務局までメール添付で送信してください。ファイル形式は Windows 版 Microsoft Office Word に統一いただきますようお願い致します。事務局にて確認後、返信させていただきます。万一、1 週間以内に返信がない場合にはお手数ですがお電話をいただけますと幸いです。

演 題 名	※40 字以内
職 種	医師・看護師・臨床工学技士・栄養士・その他 ()
希望発表形式	口演・ポスター・どちらでも ※ご希望に添えない場合がありますことを予めご了承ください。
「いばらき腎臓財 団」 褒章制度エントリー	希望する・希望しない ※発表形式は口演、ポスターいずれの場合もエントリー可能です。
所 属 氏 名	※60 字以内。演者氏名の前に○をつけてください。 記載例 □□□□病院 ◇◇◇◇科 ○茨城太郎 (イバラキ タロウ)、△△△ △、◎◎◎◎
連 絡 先	連絡先氏名 E-mail
本文	※400 字以内で段落をつけないでください。 記載例 【目的】・・・・・・【対象及び方法】・・・・・・【結果】・・・・・・ 【考察】・・・・・・【結語】・・・・・・

連絡先 : 第 57 回 茨城人工透析談話会事務局
〒311-4198 茨城県水戸市双葉台 3-3-10
水戸済生会総合病院 事務部総務課 阿部
事務部企画広報課 今野
TEL : 0 2 9 - 2 5 4 - 5 1 5 1 (代表)
E-mail : touseki57@mito-saisei.jp