受付番号

※受付番号は事務局で記入します

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **2019年度　新潟県看護学会「演題申込書」** | | | | | | |
| 表題（タイトル） | | |  | | | | | | | |
| 副題（サブタイトル） | | |  | | | | | | | |
| 演題応募者（演題発表者） | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 発表者氏名　(抄録原稿に  ○印のある方の氏名) | |  | | | | | | | |
| 所属施設名  (抄録と同じ名称) | |  | | | | | | | |
| 区分 | | 1.急性期看護　2.慢性期看護　3.在宅看護　4.精神看護　5.ヘルスプロモーション  6.看護管理　　7.看護教育 | | | | | | | |
| 発表形式希望  〔　〕はいずれかに○印 | | 〔　　　〕１．口演 | | | | 〔　　　〕２．示説 | | | 〔　　　〕３．どちらでもよい |
| 発表者の連絡先  通知文書の送付先  （〔　〕はいずれかに○印、Telは  日中に連絡がとれる番号を記入）  発表者氏名が重複しますが記載を  お願いします。 | | 〔 〕1.自宅  〔 〕2.所属施設 | | | | | | | | |
| 郵便番号 | | | － | | | | | |
| 住所: | | |  | | | | | |
| 施設名 | | | ※正式名称をご記入ください | | | | | |
| 部署名 | | |  | | | | | |
| 発表者氏名 | | |  | | | | | |
| Tel： | | | |  | | FAX： |  | |
| 内線 | | | | （　　　　　　　　　　） | |  | | |
| **E-mail:**  **（必須）**  **携帯電話不可** | | | | ※演題発表者本人と確実に連絡が取れるアドレスをご記入下さい  　　　　※演題申し込みは、このアドレスから行ってください | | | | |

新潟県看護協会

※メール宛先: gakkai2019＠niigata-kango.com

※メールの件名は「施設名（略名可）・発表者氏名」としてください。