

受付番号

※受付番号は事務局で記入します

新潟県看護学会 演題申込書

種別	<input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 実践報告 どちらかにチェックを入れること						
発表形式	<input type="checkbox"/> 口演 <input type="checkbox"/> 示説						
表題 (タイトル)							
副題 (サブタイトル)							
フリガナ				新潟県看護協会		会員番号	
発表者氏名							
所属施設 (集録と同じ正式名称)							
発表者所属施設の連絡先 ※E-mail は必ず記載	連絡先	部署名：					
	住所	(〒 -)					
	電話番号	内線：					
	FAX 番号	<input type="checkbox"/> 電話番号と同じ					
	E-mail						

共同研究者氏名	所属施設名	職種	新潟県看護協会		会員番号	

発表者、共同研究者は新潟県看護協会会員であることが必要です。

看護職以外の共同研究者については職種の欄に職名をお書きください。

【個人情報の取り扱いについて】

当協会の個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得と利用を適切に行います。

演題申し込みに伴い提出された個人情報は、新潟県看護学会に伴う書類作成と発送のみに
用い、この範囲を超えて取り扱うことはいたしません。