**北陸消化器内視鏡技師学会　演題申込用紙**

▶　投稿者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | |
| 所 属 名 | |  | |
| ふりがな | |  | |
| 氏　　名 | |  | |
| 連絡先 | 住 所 |  | |
| TEL |  | |
| FAX |  | |
| E-mail |  | |
| 北陸消化器内視鏡技師会 | | | 会員（会員番号　　　　　　　　　　　　　　）　　非会員 |

▶　演題情報

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名 |  |
| 演者情報 | 注）施設名、共同演者氏名について記載してください。演者には○印をつけて下さい |

■ 抄録内容は【研究目的】、【方法】（研究対象・データ収集方法・データ分析方法）、【結果】、【考察】、【結論】を明確に記載してください。

■ 抄録の内容は他の学会や他誌、本学会の他領域に発表あるいは投稿されていないものに限ります。  
■ 演題名にはメーカー名、商品名を入れないでください。抄録本文内に商品名を入れる場合は、右肩に™または®を追記してください。  
■ 倫理的配慮を必要とする対象者がいる場合は、対象者または院内の倫理委員会などの同意を必ず得てください。  
■ 演題名を全角50字以内でご入力ください。（全角文字１字、半角英数字0.5字とします)  
■ 抄録本文（講者名・所属・タイトルは含まれません）全角1000字以内。図表の挿入はできません。

■ 本消化器内視鏡技師会ホームページ掲載している「消化器内視鏡技師領域の研究おける利益相反に関する規程」を参考に利益相反に関する自己申告を行ってください。

≪　申込先　≫

北陸消化器内視鏡技師会　事務局　梅田　加洋子

Email：[umeda@shinseikai.or.jp](mailto:umeda@shinseikai.or.jp)

郵送：〒939-0243 富山県射水市下若89-10　医療法人真生会　真生会富山病院　梅田　加洋子　宛