**第18回日本褥瘡学会東北地方会学術集会  
　【抄録フォーマット】**

**【１】演題名**

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**　フォントは，MS Pゴシックを使用．　**和文60文字以内** |
|  |

**【２】発表者・共同演者　氏名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **発**  **表**  **者**  **に**  **○** | **氏名（必須）**  フォントは，MS Pゴシックを使用．  英語表記はArialを使用．  演者は10名以内． | | **所属機関番号（必須）**  次の【３】より該当の所属番号を記入してください．（複数選択可） |
| 入力例 | はちのへ　いちろう | 1,3,4 |
| 八戸　一郎 |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |
|  |  | |  |
|  | |

**【３】発表者・共同演者の所属機関**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **所属機関番号**【２】  発表者・共同演者 氏名の所属機関番号欄に該当する下記の所属機関番号を記入してください. | **所属機関（必須）**  フォントは，MS Pゴシックを使用．英語表記はArialを使用． | |
| 入力例 | ねぶた大学医学部附属病院看護部 |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |

※所属記載欄が不足した場合は，適宜「行」を追加してください（右欄外 “↲ ” にカーソルを合わせ,エンターキーを押下）．

**【４】抄録本文**

|  |
| --- |
| **抄録本文（必須）**　　**600文字以内**　　フォントは，MS Pゴシックを使用． 抄録本文中の図表の使用はお控えください．  句読点には，“ ，（コンマ）”および“ ．（ピリオド）”を使用してください． |
|  |

**【５】発表代表者の連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名（必須）** |  | | |
| **御所属（必須）** |  | | |
| **御住所（必須）** | 〒 | | |
| **連絡用**  **E-mailアドレス**  **（必須）** |  | | |
| **電話番号（必須）** |  | **ＦＡＸ番号** |  |