

演題申込書

〒920-0935 石川県金沢市石引1丁目5-28

日本補完代替医療学会合同開催事務局

担当：川端　克司

E-mail: jam@po3.nsknet.or.jp

TEL:(076)265-3900，FAX:(076)265-3901

申込手順

本演題申込書に所定の事項を記入し、抄録とともに事務局までメール（jam@po3.nsknet.or.jp）にてお申し込みください。

抄録受領後事務局から返信メールをお送りしますが、10日以内に返信がない場合は事務局までお知らせください。演題は審査後、採否について通知致します。

|  |
| --- |
| **演題申込フォーム** |
| 代表連絡者氏名（必須） | 　　　　　　　　　　　　　　　　（例：代替　太郎 だいたい　たろう） |
| 住所（必須） | 郵便番号 | （例：920-0935） |
| 都道府県 | （例：石川県） |
| 市区町村番地 | 　　　　　　　　　(例：金沢市石引1-5-28） |
| 所属機関名 |  |
| 会員登録者（必須） | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　、会員番号　　　　　　　　　　　　　　　　※発表には最低1名の会員が必要です。不明の場合は事務局までお問い合わせください。 |
| TEL（必須） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (例：076-265-3900） |
| FAX | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (例：076-265-3901） |
| E-mail（必須） | 　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (携帯アドレスは不可） |
| 演題形式（必須） | 　　 会場変更のため口演のみとなりました |
| 演題名（必須） |  |
|  |
| 演題者氏名（必須）（発表者に必ず◯印） | 　　　　　　　　　　　　　　　　 　  |
|  |
|  |
| (例：◯ 代替　太郎（だいたい　たろう）、代替　花子（だいたい　はなこ）） |

入力が終わりましたら本申込書を保存し、抄録とともに合同開催事務局までメールで送付ください。