**＜応募先＞**

第4回学術集会　運営事務局宛にメールでご応募ください。

[icm2019@nextinnovationpartners.com](mailto:icm2019@nextinnovationpartners.com)

**第4回　国際臨床医学会学術集会　演題登録フォーム**

※必須項目

**【筆頭著者の登録】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員登録状況**※** | 選択してください。  ※非会員の方は会員登録をお済ませください。 | | 会員番号 |  |
| 氏名**※**  （姓名の間にスペース） |  | | | |
| 氏名（フリガナ）**※** |  | | | |
| 所属機関１**※** | ※所属機関と診療科・研究科の間はスペースで区切ってください。 | | | |
| 所属機関番号**※** | 1 　2 　3 　4 　5 　6 7 8 | | | |
| 職種**※** | 選択してください。 |  | | |
| メールアドレス**※** |  | | | |
| 電話番号**※** |  | | | |

**【所属機関の登録】**

※共著者の所属機関が複数にまたがる時は、以下に記入し、共著者記入欄にあるチェックボックスをチェックしてください。

また、所属機関名の記入方法は、スペースで区切り、診療科、研究科または講座名までを入力してください。

例）九州大学病院　国際医療部

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関２ |  |
| 所属機関３ |  |
| 所属機関４ |  |
| 所属機関５ |  |
| 所属機関６ |  |
| 所属機関７ |  |
| 所属機関８ |  |

**【共著者の登録】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名（姓名の間にスペース） | 所属機関番号 |
| 共著者１ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |
| 共著者２ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |
| 共著者３ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |
| 共著者４ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |
| 共著者５ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |
| 共著者６ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |
| 共著者７ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |
| 共著者８ |  | 1　2　3　4　5　6　7　8 |

**【抄録の登録】**

※演題登録は日本語・英語いずれも可（English is also available.）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| カテゴリー**※** | カテゴリー選択は、最大3つまで選択可能です。  プログラム編成に必要な情報として、できるだけ３つのカテゴリーをご選択ください。 | |
| １ | 選択してください。 |
| ２ | 選択してください。 |
| ３ | 選択してください。 |
| 演題名**※**  （全角40字以内） |  | |
| 抄録本文**※**  （全角800字以内） |  | |