第2回日本ウイルス療法学会学術集会　演題登録用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名 | 全角60文字以内で入力してください |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 筆頭演者連絡先 | 会員番号 | 日本ウイルス療法学会の会員番号を入力してください現在入会手続き中の方は“9999”を記載してください |
| [ ]  正会員　　[ ]  学生会員 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属番号 | [x]  1　 [ ]  2　 [ ]  3　 [ ]  4　 [ ]  5　 [ ]  6　 |
| 連絡先住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail | 受領通知・採択通知等の連絡先 |
| 所属 | 1 | 例：ウイルス療法センター　研究科 |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 共著者氏名 |  | 氏名 | ふりがな | 所属番号 |
| 1 | 例：日本　太郎 | 例：にほん　たろう | 例：1、3 |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

枠が足りない場合は追加ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望発表形式 | [ ]  口演[ ]  ポスター[ ]  どちらでも可 | ※最終的な発表形式の決定については会長にご一任ください。ご希望に沿えない場合もありますので、予めご了承ください。 |

|  |
| --- |
| 抄録本文（全角800文字以内） |
| 全角800文字以内で入力してください |

上記、必要事項をご記載のうえ、メール添付にて連絡事務局までご送付ください。

受領通知はメールにて、5営業日以内に連絡事務局よりお送りいたします。

**期日：2024年8月19日　17:00まで**

【送付先】第2回日本ウイルス療法学会学術集会　連絡事務局

担当：鈴木

E-mail: jsovt2024@convex.co.jp