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 | | 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