**第4回全国在宅医療医歯薬連合会全国大会in近畿　抄録入力フォーム**

**A.筆頭演者情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏名** |  | |
| **会員種別** | いずれかに☒を付けてください。  　全国在宅療養支援診療所連絡会  　全国在宅療養支援歯科診療所連絡会  　全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 | |
| **所属機関番号**  **※下記Cより番号をご記入ください** |  | |
| **所属機関住所** | 〒 | |
| **メールアドレス** | |  |
| **連絡先電話番号** | | 所属機関・自宅（どちらかを選択してください。） |

**B.共同演者情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名**：  共同演者は抄録集への掲載順に記載。11番目以降は行を追加してください。  ※共同演者は最大20名まで | **所属機関番号**  ※下記Cより番号をご記入ください | **メールアドレス** | **会員番号**:  筆頭演者もしくは共同演者の内1名が本連絡会の会員であること |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

**C.所属機関情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **所属機関番号** | **所属機関名**※所属施設は最大10施設まで | |
| **1** |  | |
| **2** |  | |
| **3** |  | |
| **4** |  | |
| **5** |  | |
| **6** |  | |
| **7** |  | |
| **8** |  | |
| **9** |  | |
| **10** |  | |
| **カテゴリ－** | | いずれかに☒を付けてください。  　A：症例報告  　B：活動報告  　C：研究 |

|  |  |
| --- | --- |
| **演題名** |  |
| **抄録本文**　※図表の登録は不可 | |
| 抄録本文は600文字 以内でまとめてください。 | |