第33回**(令和7年度)** 埼玉看護研究学会 演題登録申込書（様式1）

**【申込日：　年　 月　 日】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表題（タイトル） |  | | | | | | | | |
| 種　　　別 | □：研究報告 □：実践報告（該当する方へチェック） | | | | | | | | |
| 発 表 形 式 | □：口演　　□：ポスター発表（希望する方へチェック） | | | | | | | | |
| 利益相反の申告 | □：あり 　□：なし（該当する方へチェック） | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 埼玉県看護協会会員番号 | | | | | |
| 筆頭研究者（発表者）氏名 |  | | |  |  |  |  |  |  |
| 施設名  （抄録と同じ正式名称で記載） |  | | | | | | | | |
| 共同研究者氏名 | 施設名 | 職種 | | 埼玉県看護協会会員番号 | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ■　筆頭研究者（発表者）氏名は、抄録の記載と同一とし、字体等も揃えてください  ■　共同研究者は全員記載してください  ■　他職種の共同研究者の方は、職種欄に職種名を記入してください  **※ 埼玉県看護協会会員でない看護職の方は、演題登録時に入会手続きをお願いします** | | | | | | | | | |
| **発表者連絡先・通知の送付先について**  **■　平日の9時から17時まで確実に連絡が取れる**、連絡先をご記入ください  ■　**協会からの通知は原則職場に送ります。**自宅へ送付を希望する場合は自宅住所をご記入ください | | | | | | | | | |
| 〒　　　－  所属施設住所 | | | | | | | | | |
| 所属施設・所属部署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 職場TEL： | | | | | | | | | |
| 本人携帯： | | | E-mail：（事務連絡用携帯メールアドレス） | | | | | | |
| こちらのE-mail：（こちらのメールアドレスは、資料が送付しやすいPC等のアドレスをご記入ください） | | | | | | | | | |
| 所属施設の研究支援体制について（差支えなければ該当する番号を丸で囲みご記入ください。）  　1.　支援体制あり　　　　　　　　　　　　2.　支援体制なし（研究者のみで実施） | | | | | | | | | |

※　演題登録は、参加登録ではありません。ご注意ください。