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。