|  |
| --- |
| この抄録入力フォームに必要事項をご入力の上、メール添付にて運営事務局（ kekkanbyouri2024@saiseikai-hp.chuo.fukuoka.jp ）までご送付願います  応募締め切り：　2024年8月~~２３日（金）~~8月3 1日（土）まで延長しました |

第29回日本血管病理研究会　演題登録フォーム

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | **ふりがな** | |  | | **所属番号** | (下の所属欄の番号を入力してください) | | |
| **氏名** | |  | |
| **連絡先住所** | | 〒 - | | | | | |
| **TEL** | |  | | **血管病理研究会** | 新規入会・既会員・不明  （該当するところにチェックをつけてください） | | |
| **E-mail** | |  | | | | | |
| **筆頭演者・共著者**  **所属** | 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |
| 5 |  | | | | | |
| 6 |  | | | | | |
| 7 |  | | | | | |
| **共著者氏名** |  | **氏名** | | **ふりがな** | | | **所属番号** |
| 例 | 血管　太郎 | | 例：血管　たろう | | | 例：1、3 |
| 1 |  | |  | | |  |
| 2 |  | |  | | |  |
| 3 |  | |  | | |  |
| 4 |  | |  | | |  |
| 5 |  | |  | | |  |
| 6 |  | |  | | |  |
| 7 |  | |  | | |  |
| 8 |  | |  | | |  |
| 9 |  | |  | | |  |
| 10 |  | |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **抄録本文（全角600文字以内）** | |
|  | |
| 脈管学への掲載について  （どちらをcheckください） | □　演題名、演者名および抄録の掲載可  □　演題名と演者名のみ掲載可 |
| PidPort（バーチャルスライド）  事前閲覧への標本提出  （どちらをcheckください） | * あり * なし   （詳細は研究会ホームページ上の演題募集のタグより御参照下さい） |
| プレゼンテーションについて  （どちらをcheckください） | * Windows (ppt.)ファイルを当日持参（推奨）   （USBメモリーでお持ち下さい。現地受付でデータをお預かりします）   * PCを持参して発表   （特にMacの場合は、HDMIアダプタも併せて御持参下さい） |

【御提出先】　第29回日本血管病理研究会事務局 (済生会福岡総合病院経営企画課内)

E-メールアドレス： [kekkanbyouri2024@saiseikai-hp.chuo.fukuoka.jp](mailto:kekkanbyouri2024@saiseikai-hp.chuo.fukuoka.jp)

備考（その他、御連絡事項などございましたら、お伝えください）

|  |
| --- |
|  |