**コ・メディカル形態機能学会第18回学術集会・総会　演題申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名（40字以内） |  |
| 演者名  （発表者は名前のふりがなと○を記載，会員の方は下線を引いてください） |  |
| 所属  （所属，部署，専攻，演者全員の所属を記載ください） |  |
| 口演かポスターの希望に✔をつけてください | □　口演　　　□　ポスター |
| 学会奨励賞申込の希望を記載  （学生の方は身分を，それ以外の方は年齢を申告ください） |  |

※学会奨励賞の対象者：

本学会員のうち，本学術集会の筆頭発表者であり，学生（大学院，学部，専門学校），または35歳以下の者．社会人大学院生（35歳超えても）は院生とします．ただし，過去の既受賞者は除きます．

発表者の連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| TEL/FAX |  |
| e-mail |  |