**第19回日本感染看護学会学術集会**

**演題発表申込書（　一般演題　　実践活動報告　　いずれかに○印）**

|  |
| --- |
| **演題名** |

|  |
| --- |
| **ふりがな****発表者氏名** |
| **所 属 機 関 名(部署\*)**＊病棟名など |  |
| **連絡先****自宅 ・職場****どちらかに○** | **住　所** | **〒** |
| **TEL/FAX** | **／** |
| **メールアドレス** |  |
| **共同研究者１** | ふりがな**氏名** |
| **所属機関名** |  |
| **共同研究者２** | ふりがな**氏名** |
| **所属機関名** |  |
| **共同研究者３** | ふりがな**氏名** |
| **所属機関名** |  |
| **共同研究者４** | ふりがな**氏名** |
| **所属機関名** |  |

申し込み資格：共同演者を含めて日本感染看護学会の会員であること(非会員は入会手続きが必要です)