**第24回日本感染看護学会学術集会**

**演題共同研究者申込書（　一般演題　　実践活動報告　　どちらかに〇印）**

|  |
| --- |
| **演題名** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな**  **発表者氏名** | |
| **所 属 機 関 名(部署\*)**  ＊病棟名など |  |
| **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)

共同研究者の欄は必要に応じて追加してください。