**文化看護学会第16回学術集会　【交流集会】申込用紙**

**募集期間：2023年９月15日（金）～10月27日（金）**

**提出先：** endai16@belle.shiga-med.ac.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代表世話人 | フリガナ | COIの有無＊どちらかを〇で囲んでください |
| 氏名 |
| 所属機関：会員番号：（　　　　　　　　　　　）　 | 有 ・ 無 |
| 連絡先＊確実に連絡のとれる所をご記入ください | どちらかを〇で囲んでください自宅　・　勤務先（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）住所：（〒 　―　　　　　） |
| 電話：　　　（　　　　）　　　　　　FAX：　　　（　　　　）　　　　　E-mail:　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 共同世話人氏名 | 会員番号手続き中の方は「**入会申請中**」と記載 | 所　　属 | COIの有無＊どちらかを〇で　囲んでください |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |
| 交流集会テーマ |  |
| 申告欄 | ＊類似のテーマで他学会等にて交流集会またはセミナー等を実施（予定も含む）有　　・　　無　　←どちらかを〇で　囲んでください |
| 通信欄 |  |

**＊COIありの方は、【COI申告書】を併せて提出してください。**

**＊共同世話人の方も、参加登録および参加費の支払いが必要です。**