**《 第15回東京都病院学会　演題申込書 》**

◇ 必要事項をご記入の上、ファックスまたはメールにて事務局までお申込みください。

**◇ メールでお送りいただく場合は、①メールの件名を「演題申し込み」としてください。**

**②ファイル名を演題発表者の「病院名・氏名」としてください。**

◇ 演題申し込み締め切り　**令和2年10月28日(水) 必着**

◆ 送信先　FAX：03-5217-0898　メール：gaktmha@xqb.biglobe.ne.jp

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病 院 名 |  | | | |
| 病院住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  | |
| メールアドレス  （演者に連絡がつくもの） |  | | | |
| フリガナ |  | 部署・役職  (郵便物が届くようにご記載ください) | |  |
| 演者氏名 |  |
| 演題カテゴリー ※  （※別紙のカテゴリー一覧  から選択し、番号で記入） |  | | | |
| 演題名  （25字以内） |  | | | |
| 演題概要  （200字以内） |  | | | |