第27回日本脳低温療法・体温管理学会 学術集会　一般演題用応募フォーム

**\* 1演題につき1フォームが必要です**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | | 内容 |
| 投稿者 | 投稿日 | | 2024年　　月　　日 |
| 氏名 | |  |
| 氏名よみがな | |  |
| 所属機関名 | |  |
| 連絡先電話番号 | |  |
| Eメールアドレス  \*携帯メールは不可です | |  |
| カテゴリーを選択してください（要チェック） | | □　１）心拍再開後ケア、チーム医療、トレーニング、冷却法  　□　２）　外傷、脳卒中、熱中症、偶発性低体温、心拍再開後ケア、その他 |
| 演題  情報 | 筆頭演者（発表者）情報 | | |
| 氏名  \*投稿者と同一の際にもご記入ください | |  |
| 氏名よみがな | |  |
| 所属機関 | |  |
| 所属機関情報  \*筆頭演者の所属機関を「所属機関 １」とします。筆頭演者の所属と異なる所属先の共著者が居る場合は、下記の所属機関２以降に、その施設名を記載し、各共著者の所属機関番号の枠内に、その番号を入力してください。 | | |
| 所属機関 2 | |  |
| 所属機関 3 | |  |
| 所属機関　4 | |  |
| 所属機関　5 | |  |
| 所属機関　6 | |  |
| 所属機関　7 | |  |
| 所属機関　8 | |  |
| 所属機関　9 | |  |
| 所属機関　10 | |  |
| 共著者情報  \*共著者は9名までとなります　　\*氏名のふりがなもご記入ください | | |
| 共著者1 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 2 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 3 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 4 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 5 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 6 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 7 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 8 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 共著者 9 | 氏名(ふりがな) |  |
| 所属機関番号 |  |
| 演題名　　　　　下記に演題名を記入 | | | |
|  | | | |
| 抄　録　　　　　下記に抄録本文を記入(800字以内) | | | |
| \* 右記見出し項目をご利用ください　→　【目的】 【対象】 【方法】 【結果】 【考察】  ---------------------------------------------------------------------------------------------------- | | | |
| 上記演題は倫理規定を満たしているかどうか： 　1. 対象者の同意を得ており、負担・苦痛・不利益をかけていない。  　2. データ取得を行う機関等の責任者の承諾を取っている。  　3. 秘密事項の保持と、匿名性が厳守されている。 | | | |