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。 |