

様式2

※本学会委員会記入欄

受付番号

第 33 回 沖縄県看護研究学会学術集会原稿申込書

表題(タイトル)						
副題(サブタイトル)						
フリガナ 発表者名 (原稿に○印のある方の氏名)				沖縄県看護協会会員証番号		
施設名 (原稿と同じ正式名称)						
施設住所	〒(—)					
発表者の連絡先(必須) (発表者本人に対しては、 E-mail で連絡をいたしますの で、所属部署、または発表者 本人に確実に連絡がとれる E-mail address をご記入くだ さい)	所属部署名					
	TEL:			内線()		
	FAX: E-mail(但し、携帯アドレスは不可):					
発表希望形式(必須)	1. 口演 2. 示説 3. どちらでもよい					

*看護職=保健師・助産師・看護師・准看護師の有資格者

共同研究者氏名	所属施設名	職種 (看護職*は○印)	沖縄県看護協会会員番号

<記入方法と注意事項>

- ・看護職*の方は発表者、共同研究者ともに沖縄県看護協会会員であることが必要です。
- 他職種の共同研究者については職種の欄に職名をお書きください。