

# 様式2

※本学会会委員会記入欄

受付番号

## 第 34 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)			
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。