

演題申込書

〒920-0935 石川県金沢市石引1丁目5-28

日本補完代替医療学会事務局

担当：川端　克司

E-mail: [jam@po3.nsknet.or.jp](mailto:jam@po3.nsknet.or.jp)

<TEL:(076)265-3900>，FAX:(076)265-3901

申込手順

本演題申込書に所定の事項を記入し、抄録とともに事務局までメール（[jam@po3.nsknet.or.jp](mailto:jam@po3.nsknet.or.jp)）にてお申し込みください。

抄録受領後事務局から返信メールをお送りしますが、10日以内に返信がない場合は事務局までお知らせください。演題は審査後、採否について通知致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **演題申込フォーム** | | |
| 代表連絡者氏名  （必須） | （例：代替　太郎 だいたい　たろう） | |
| 住所（必須） | 郵便番号 | （例：920-0935） |
| 都道府県 | （例：石川県） |
| 市区町村番地 | (例：金沢市石引1-5-28） |
| 所属機関名 |  | |
| 会員登録者  （必須） | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　、会員番号  ※発表には最低1名の会員が必要です。不明の場合は事務局までお問い合わせください。 | |
| TEL（必須） | (例：076-265-3900） | |
| FAX | (例：076-265-3901） | |
| E-mail（必須） | (携帯アドレスは不可） | |
| 演題形式 | 口演のみ | |
| 演題名（必須） |  | |
|  | |
| 演題者氏名（必須）  （発表演者に必ず◯印） |  | |
|  | |
|  | |
| (例：◯ 代替　太郎（だいたい　たろう）、代替　花子（だいたい　はなこ）） | |

入力が終わりましたら本申込書を保存し、抄録とともに事務局までメールで送付ください。