|  |
| --- |
| **第30回日本小児・思春期糖尿病学会年次学術集会****演題登録用紙** |
| **【筆頭演者情報】★印は必須項目です。** |
| 日本小児・思春期糖尿病学会入会状況★ | □**正会員**（会員番号： 　　 ）□**入会申請中**□**非会員**（非会員の方は早めに入会手続きをしてください） |
| 演者氏名★ | 　 |
| 演者氏名フリガナ★ | 　 |
| 演者所属施設名★ | 　 |
| 演者部署名★ | 　 |
| 職種★ | □　医師　　　　□　医師以外のメディカルスタッフ |
| 若手優秀演題賞★※2025年4月1日時点で40歳未満の方が応募対象となります。 | □応募する　→【生年月日】(西暦)　　　　年　　月　　日□応募しない |
| 住　所★ | □ 自宅　　　　□ 勤務先 |
| （〒 - ）※半角入力 |
| TEL★（半角入力）※学会開催時に連絡のつく電話番号を記載してください |   |
| メールアドレス★（半角入力） |   |
| **【倫理審査確認】**★　下記の該当箇所に ☑（チェック）を入れてください。**●「ヒト試料を用いた基礎研究」、「臨床研究、疫学調査」に該当する発表ですか？**□ 該当しない　**→**　**講演可**　　□ 該当する　**↓**　　　　　□ 倫理審査承認済み　**→**　**講演可**　 ・承認機関： 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ・倫理承認番号：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※倫理承認番号がない場合には、承認年月日を入力ください。　　　　　□ 未承認　　　　　　　　**↓****演題募集締切日までに倫理審査承認を得て、運営事務局へ「承認機関・承認番号」を****連絡の上で講演可** |

|  |
| --- |
|  |
| **【共同演者情報】** |
|  | 氏名 | 氏名フリガナ | 所属施設名 | 部署名 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| **【抄録】★印は必須項目です。** |
| 演題タイトル★**（全角60文字以内）** |  |
| 抄録本文★**（全角800文字以内）** |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|