

25 回日本医学看護学教育学会学術学会

演題申込書

平成 年 月 日申込み

ふりがな					
発表者氏名	○をつけて下さい				
	懇親会 (参加 不参加)				
	学 会 (参加 不参加)				
	弁 当 (必要 不必要)				
発表者所属	一般・学生の別		一般 学生		
連絡先	〒 E-mail : Tel : Fax :				
演題名					
共同研究者名	所属	会員・学生の別	学会・懇親会参加・弁当の希望者は○をつけて下さい		
			懇親会 (5,000円)	学会	弁当 (800円)
		会員・非会員・学生			
		会員・非会員・学生			
		会員・非会員・学生			
		会員・非会員・学生			
		会員・非会員・学生			

演題申込締切：平成 27 年 1 月 13 日（火）

抄録と一緒に E-mail 添付にて、お申込みください。

E-mail : 25gakujutsugakkai@izm.u-shimane.ac.jp

お問い合わせ先

〒693-8550 島根県出雲市西林木町 151 島根県立大学出雲キャンパス（担当者：松本亥智江）

Tel : 0853-20-0200 Fax : 0853-20-0536