

抄録登録用紙

第 32 回東海糖尿病治療研究会 糖尿病患者教育担当者セミナー事務局

TEL : 0532-33-6111 (代)、FAX : 0532-33-6177 (代)

抄録登録用紙送付先:豊橋市民病院 中央臨床検査室 手嶋 充善

E-mail:tsde32@toyohashi-mh.jp

筆頭演者

演題名 :

演者名 : 職種 : 所属施設名 (所属名) :

郵便番号 : 住所 :

TEL : FAX : E-mail アドレス :

共同演者

氏名 : 職種 : 所属施設名 (所属名) :

氏名 : 職種 : 所属施設名 (所属名) :

氏名 : 職種 : 所属施設名 (所属名) :

氏名 : 職種 : 所属施設名 (所属名) :

演題要項

--

【抄録記載についての留意事項】

1. 演題名の字数制限はありません。
2. 必要が生じた場合は、筆頭演者に連絡することがあります。
主としてメールで行いますので、連絡が付きやすいメールアドレスをお書きください。
3. 共同演者の欄が足りなければ、演題要項の余白に記載して下さい。
4. 演題要項の字数は、800～1,000 字程度でお願いします。
5. 演題登録の締め切りは、平成 30 年 3 月 30 日です。送付先アドレスにお送り下さい。