|  |
| --- |
| **第43回日本リンパ学会総会　演題登録** |
| **希望発表形式：** ※必須。複数選択可。 |
| （　）一般演題　　（　）学会奨励賞（西賞）Award Session　　（　）シンポジウム |
| **一般演題カテゴリー：**※一般演題を希望する場合、必須。複数選択可。 |
| （　）形態　　（　）循環　　（　）免疫　　（　）炎症　　（　）腫瘍　　（　）リンパ浮腫　　（　）リンパ外科  （　）症例報告　　（　）その他 |
| **演題名（和文）：** |
|  |
| **演題名（英文）：** |
|  |
| **演者名（ふりがな）と所属番号（和文）：**  （発表者を1番目にして○印、共著者は掲載順に記入してください）  （例）　○東京　太郎（とうきょう　たろう）1,2、千葉　花子（ちば　はなこ）2、・・・ |
|  |
| **演者名（ふりがな）と所属番号（英文）：** |
|  |
| **所属機関・部署名（和文）：**　（上記氏名に付した番号を元にして記入してください）  （例）　1）●●大学●●科、2）●●病院●●科 |
|  |
| **所属機関・部署名（英文）：** |
|  |
| **抄録本文：**　（和文全角1,000文字以内または、英文半角2,000文字以内） |
| 【目的】  【対象】  【方法】  【結果】  【結論】 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **倫理的配慮・利益相反について** ※一つにチェックを入れてください。 | | | |
| **1.** **ヒトもしくは動物実験のための適切な委員会による承認を得て行ったか**  （　）はい （　）いいえ （　）該当せず | | | |
| **２．すべての著者が、抄録の最終版を確認・承認したか**  （　）はい （　）いいえ （　）該当せず | | | |
| **３．発表予定の研究内容に関して利益相反関係がある場合、開示可能か**  （　）はい （　）いいえ （　）該当せず | | | |
| **発表者の住所：** | **〒** | | |
| **発表者のTEL：** |  | **発表者のFAX:** |  |
| **発表者のE-mail：** |  | | |