**日本小児科学会神奈川県地方会　一般演題　登録フォーム**

**演者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 筆頭演者名  （ふりがなを必ずご記載ください） |  |
| ご施設名・所属部署 |  |
| メールアドレス |  |
| ご発表時に連絡が取れる電話番号 |  |
| 希望発表年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

**演題情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名 |  |
| 筆頭演者を含めた全演者名  （ふりがなは不要）とご施設名 |  |
| 抄録（400字以内） |  |

＊地方会ホームページの所定の場所にアップロードしてください．

＊6・9・11・2月開催の地方会の演題（400字までの抄録一部提出）の締め切りは前の回の当日まで．3月開催は，開催の２か月前までです．