**第30回多文化間精神医学会学術総会**

**一般演題登録フォーム**

**ファイル送付先：30jstp@k-con.co.jp**

**送付期限：2023年8月18日（金）**

※演題登録フォーム添付の際は、ファイル名を「演題登録 【登録者氏名】.docx」へご変更ください。

また、メールの件名は「第30回多文化間 【登録者氏名】」でお願いいたします。

|  |
| --- |
| **演者登録情報** |
| 筆頭演者の氏名（漢字）（必須）（例）多文化　太郎 |  |
| 筆頭演者の氏名（ふりがな）（必須）（例）たぶんか　たろう |  |
| 筆頭演者の氏名（英語表記）（必須）（例）Tabunka Taro |  |
| 筆頭演者の会員番号（例）12345678（申請中のときは99） |  |
| 筆頭演者の所属機関名（必須）（例）多文化大学　医学部　異文化学講座　教授　のように間に全角1ますを入れてください |  |
| 筆頭演者の所属先の郵便番号（必須）（例）123-4567 |  |
| 筆頭演者の所属先の住所（必須）（例）千葉県佐倉市下志津564-1 |  |
| 筆頭演者の所属先の電話番号（必須）（例）03-1234-5678 |  |
| 筆頭演者の所属先の内線番号 |  |
| 筆頭演者の所属先のFAX番号（例）03-1234-5678 |  |
| 筆頭演者のメールアドレス（必須） |  |
| 筆頭演者の職種（必須）（例）医師、臨床心理士、看護師･･･ |  |
| 共同演者1の氏名（漢字） |  |
| 共同演者1氏名（ふりがな） |  |
| 共同演者1の所属機関名 |  |
| 共同演者2の氏名（漢字） |  |
| 共同演者2氏名（ふりがな） |  |
| 共同演者2の所属機関名 |  |
| 共同演者3の氏名（漢字） |  |
| 共同演者3氏名（ふりがな） |  |
| 共同演者3の所属機関名 |  |
|  |  |

※共同演者の数が多い場合は、セルを下へ追加してご記入下さい。

|  |
| --- |
| **抄録登録** |
| 演題名（日本語は全角70文字以内、英語は半角300文字）（必須） |
|  |
| キーワード（3つ以内） |
|  |
| 抄録本文（全角1200文字以内）（必須）※図表の使用は不可 |

この度は、ご応募頂き誠にありがとうございました。

採否決定及び演題番号は、演題登録期間終了後、演題応募時のメールアドレス宛に通知いたします。

第30回多文化間精神医学会学術集会　運営事務局