**第４３回広島県薬剤師会学術大会**

**口頭発表申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 演　　題  (全角75文字まで) |  |

※演題に施設名を入れることはご遠慮ください。

筆頭発表者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | ふりがな |  |
| 支 部 名 |  | | |
| 所属施設名(1) |  | | |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  | | |

所属施設が複数ある場合は下の(2)～(5)にご記入いただき、所属施設名に続けてその番号をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名(2) |  |
| 所属施設名(3) |  |
| 所属施設名(4) |  |
| 所属施設名(5) |  |

共同発表者情報　(欄が足らない場合には、記入欄を増やしていただいてかまいません。)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ふりがな | 所属施設番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

人を対象とする医学系研究の確認・利益相反の有無の確認

人を対象とする医学系研究：　　□　該当　・　□　非該当

利益相反の有無：　　□　有　　・　□　無

※人を対象とする医学系研究に該当する発表の場合は、倫理審査委員会の承認を得てください。  
※発表者は利益相反の有無に関わらず、発表においてかならず開示してください。

※内部記録のため録画させていただきます。

差し障りがある場合は録画不可にチェックをお願いします。

□　録画不可