|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜筆頭演者＞  氏名/ふりがな | 姓 | | 名 | | | せい | | めい |
|  | |  | | |  | |  |
| ＜筆頭演者＞  所属機関・部門 | 〔例〕 ●●病院 外科1)　 　※筆頭演者の所属を必ず1）にしてください。 | | | | | | | |
| 1） | | | | | | | |
| ＜カテゴリ＞ | 1.関節リウマチⅠ(内科)　　2.関節リウマチⅡ(外科)　　　3.リウマチ性疾患　　　　　　　4.リウマチ性疾患と内科・外科的治療　　　5.その他 | | | | | | | |
| ＜若手リウマチ医奨励賞　受賞者セッション＞ | 応募する　応募しない | | | 対象 | 卒後5年以内及び学生　(2019年3月卒業まで)　　卒後6年以降15年以内（2009年3月から2018年3月卒業まで） | | | |
| ＜筆頭演者＞  連絡先  【〒】【住所】  【TEL】【FAX】  【E-mail】 | 〒 |  | | | | | | |
| 住所： | | | | | | | |
| TEL |  | | | | FAX |  | |
| E-mail |  | | | | | | |
| ＜共同演者＞  氏名 | 〔例〕 山田太郎2），田中花3） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ＜共同演者＞  所属機関・部門 | 〔例〕 ●●病院 消化器外科2），同　○○科 3） | | | | | | | |
| 2）　　　　　　　　　　　3) | | | | | | | |
| 演題名（全角60文以内） |  | | | | | | | |
| 抄録本文  （全角800文以内） | 【利益相反：**有or無**】 | | | | | | | |

**提出期限：2023年8月14日（月）必着**