令和２年度秋季群馬県医学会研究発表申込書

|  |
| --- |
| **当日発表希望　　・　　誌上発表希望**　**（いずれかに○を付してください）****※当日発表を10題ほどにして行う予定です。当日発表が多数の場合、誌上発表に変更して****いただくことがありますので予めご了承ください。** |
| 演　題　名 |  |
| 研究発表者 |  |
| * 医療機関名と氏名をご記入ください。
* 当日発表の場合、演者の氏名の前に○を付してください
 |
| 抄　　録（４００字程度） |
|  |
| 連　　絡　　先 | 筆頭著者名 |  | 職　種 |  |
| 住　所 | 〒 |
|  |
| （　　自宅　　・　　勤務先　　）いずれかに○を付してください |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

送付先：群馬県医師会 業務１課 小渕　　〒371-0022　前橋市千代田町１－７－４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL.027-231-5311　FAX.027-231-7667

　　　　　　　　　 　　E-mail：gmoffice@mail.gunma.med.or.jp