|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜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） | | | | | |
| ＜筆頭演者＞  連絡先  【〒】【住所】  【TEL】【FAX】 | 〒 |  | | | | |
|  | | | | | |
| TEL |  | | FAX |  | |
| ＜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 小児科2），同　○○科 3） | | | | | |
| 2）　　　　　　　　　　　3) | | | | | |
| 所属学会  （　）内に◯印をつける | （　）日本小児心筋疾患学会　　（　）小児循環動態研究会 | | | | | |
| 演題名 |  | | | | | |
| 抄録本文  （全角800文以内） |  | | | | | |

**氏名：**

**倫理審査（必須）**

本演題について倫理審査を受けていますか。

下記の中から１つ選択してください。（演題の採択に影響しません）

**該当番号：**

選択してください

1. すでに倫理審査を得て承認を受けている。
2. 発表までに承認を受ける予定である。
3. 倫理審査を受ける予定はないー倫理審査を必要としない。
4. 倫理審査を受ける予定はないー自施設に倫理審査を行う機能がない
5. 倫理審査を受ける予定はないー倫理審査が必要な内容か否かがわからない。

　６．倫理審査を受ける予定はないーその他。

**提出期限：2023年9月16日（土）正午必着**