

第20回日本医療マネジメント学会鳥取県支部学術集会
演題申込書

以下のとおり申し込みます。

2024 年 月 日

提出先：jhm2024@med-seikyo.or.jp

受領番号

(受領通知後記入)

(マクロ処理のため、Excel形式のまま送付のこと。また行・列の追加・削除も行わないでください。)

| | | | | | |
|--------------------|---|--|--------------|----------|---|
| (ふりがな) 氏名 | | | 所属 (勤務先等) | | |
| 職種 | <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師・保健師・助産師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 連絡先 | 郵便番号 | | | | |
| | 住所 | | | 住所 区分 | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 |
| メール アドレス | | | | 電話番号 | |
| | | | | FAX番号 | |
| 演題区分 | <input type="checkbox"/> 1.シンポジウム (指定演題：多職種連携によるチーム医療) <input type="checkbox"/> 2.一般演題 (口演) <input type="checkbox"/> 3.一般演題 (ポスター) | | | | |
| テーマ区分 (一般演題の場合) | <input type="checkbox"/> 1.多職種連携・チーム医療 <input type="checkbox"/> 2.クリティカルパス <input type="checkbox"/> 3.医療安全 <input type="checkbox"/> 4.医療の質 <input type="checkbox"/> 5.地域連携・入退院支援 <input type="checkbox"/> 6.薬剤・栄養 <input type="checkbox"/> 7.教育 <input type="checkbox"/> 8.病院運営 <input type="checkbox"/> 9.患者サービス <input type="checkbox"/> 10.看護業務 <input type="checkbox"/> 11.感染対策 <input type="checkbox"/> 12.その他 | | | | |

(抄録原稿)

| | | | | |
|-----------------|----|--|----|--|
| タイトル (50字以内) | | | | |
| 筆頭演者 | 所属 | | 氏名 | |
| 共同演者 (最大9名) | 所属 | | 氏名 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 抄録原稿 (本文) | | | | |