|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜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 消化器外科2），同　○○科 3） | | | | | |
| 2）　　　　　　　　　　　3) | | | | | |
| 演題名 |  | | | | | |
| 抄録本文  （全角500文以内） |  | | | | | |

**提出期限：2024年6月30日（金）必着**

**提出先：https://surgicaleducation.jp/2024SES.html**