|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜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**