様式第１号

**第37回高知県国保地域医療学会研究発表申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  　　高知県国保地域医療学会事務局　御中  所　属  代表者  電　話  第37回高知県国保地域医療学会研究発表について、下記のとおり申し込みます。 | | |
| 演　題（全角60字以内にまとめてください） | | |
|  | | |
| 発表者 | 職名 | 氏名 |
|  |  |
| メールアドレス |  | |
| 共同研究者 | 職名 | 氏名 |
|  |  |
| 抄　録（全角500字程度にまとめてください） | | |
|  | | |