**令和7年度　獣医学術中部地区学会**

**愛玩動物看護師・動物病院スタッフ口演申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ申込者氏名 |  | フリガナ連絡先名称 |  |
|  |  |
| 連絡先住所 | 〒 | TEL |
| FAX |
| E-mail |
| 口演番号(＊１) | 演題名 |
| **演者及び共同研究者** |
| １演　者 |
| フリガナ氏　　　名 | 勤務先名称(＊2) | 勤務先所属獣医師会 |
|  |  |  |
|  |
| 2共同研究者 |
| フリガナ氏　　　名 | 勤務先名称(＊2) | 勤務先所属獣医師会 |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
| 《記入注意》(＊1)　記入しないこと。(＊2)　勤務先の欄は、研究実施時の所属機関名を記入すること。(＊3)　勤務先の所属獣医師会の県名または名古屋市と記入すること。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局用欄 | 登録確認 | 会員確認 |
|  |  |