**第70回日本透析医学会学術集会・総会**

**Late breaking abstract　演題登録シート**

**黄色セルにご入力をお願いいたします。**

**■筆頭演者情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 筆頭発表者の氏名（日本語表記）（必須） | 姓： |  | 名： |  |
| 筆頭発表者の氏名（ふりがな）（必須） | 姓よみ： |  | 名よみ： |  |
| 筆頭発表者の氏名（英語表記)（必須）（例）Yoshida Shigeru | 姓　例）Yoshida |  | 名　例）Shigeru |  |
| 筆頭発表者の所属機関名（必須） |  |
| 筆頭発表者の所属機関番号(必須）※筆頭発表者の所属機関名を1、2～10所属機関名をそれぞれ2～10として番号を記入 |  |
| 筆頭発表者の所属機関住所の郵便番号(必須） |  |
| 筆頭発表者の所属機関住所（必須） |  |
| 筆頭発表者の電話番号（必須） |  |
| 筆頭発表者の電子メールアドレス（必須） |  |
| 筆頭発表者の会員区分（必須） | [ ] 正会員　[ ] 施設会員　[ ] その他（　　　　　　　） |
| 筆頭発表者の職種について（必須）： |

|  |
| --- |
| [ ]  1. 医師（Dr） |
| [ ]  2. 看護師（Ns） |
| [ ]  3. 臨床工学技士（CE） |
| [ ]  4. 栄養士（Dt） |
| [ ]  5. 理学療法士（PT・OT） |
| [ ]  6. ソーシャルワーカー（MSW） |
| [ ]  7. 薬剤師（Ph） |
| [ ]  8. 臨床検査技師 |
| [ ]  9. その他 |

 |
| 職種（その他）：「職種」で「その他」を選択した方は、具体的にご記入ください。 |  |

**■所属機関情報**

共同発表者の所属機関が筆頭発表者と異なる場合は以下の所属機関名記入欄に記入し、共同発表者記入欄で所属機関番号を入力してください。

所属機関名2から10の記入方法は所属機関1と同じです。

共同発表者の氏名（日本語表記、ふりがな）の記入のしかたも、筆頭発表者の記入欄と同じです。

|  |
| --- |
| 2所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 3所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 4所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 5所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 6所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 7所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 8所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 9所属機関名（日本語表記） |
|  |
| 10所属機関名（日本語表記） |
|  |

**■共同演者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 演者番号 | 姓 | 名 | 姓よみ | 名よみ | 英語姓 | 英語名 | 所属機関番号 |
| 共同演者2 |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |

**■利益相反（COI）、倫理委員会の承認、その他注意事項**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （1） 申告すべきCOIの有無（必須）対象者：筆頭演者対象期間：2022年～2024年（過去3年間）「有」を選択された場合はこちらよりご登録ください。<https://site.convention.co.jp/70jsdt/coi/> |

|  |
| --- |
| [ ] 　有 |
| [ ] 　無 |

 |
| （2）-1　IRB（施設内審査委員会）の承認（必須） |

|  |
| --- |
| [ ] 　承認済み |
| [ ] 　申請中 |
| [ ] 　申請不要 |

 |
| （2）-2　REC（倫理審査委員会）の承認（必須） |

|  |
| --- |
| [ ] 　承認済み |
| [ ] 　申請中 |
| [ ] 　申請不要 |

 |
| (3) 患者プライバシー保護に関する注意事項に基づいて抄録を作成した。（必須）患者プライバシー保護に関する方針はこちら<https://www.jsdt.or.jp/jsdt/1237.html> |

|  |
| --- |
| [ ] 　はい |
| [ ] 　いいえ |

 |
| （4）ヘルシンキ宣⾔、⽂部科学省および厚⽣労働省の「[⼈を対象とする医学系研究に関する倫理指針](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/index.html)」、各⼤学・病院等の研究倫理規定等を遵守していますか。（必須） |

|  |
| --- |
| [ ] 　はい |
| [ ] 　いいえ |

 |

**■演題名**

|  |
| --- |
| 演題名 （必須）：  |
|  |

**■抄録の種別**

|  |
| --- |
|[ ]  症例報告 |
|[ ]  臨床研究 |
|[ ]  基礎研究 |

**■抄録本文（必須） ：**

|  |
| --- |
| 制限文字数は、全角500文字です。（演者名、所属機関名、演題名、抄録本文の合計で500文字以内） |
| （本文記入欄） |