**日本国際保健医療学会　第34回東日本地方会　演題登録フォーム**

※選択回答は、該当する番号に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目名 | 入力項目 |
| 発表形式  (Type of presentation) | １．口演 (oral)　２．示説 (poster)　３．どちらでもよい (either) |
| 連絡先 (Contact) | 氏名(name)：  E-mail： |
| 研究の種類  (Type of research) | 1. 学術研究 (Academic research) 2. フィールド研究 (Field research) 3. その他 (Others) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 関連地域 (Region) | 1．国内 (Japan) 2．アジア (Asia) 3. 大洋州 (Pacific and Oceania) 4．アメリカ (America(North America/Caribbean/Latin America)) 5．アフリカ (Africa) 6．中東 (Middle East) 7．ヨーロッパ (Europe) |
| 発表使用言語 (Language) | 1. 日本語　　　　　２．英語 |
| 演題名 (Japanese title)  全角100文字以内 |  |
| 演題名(English title)  25 words以内 |  |
| 筆頭著者 | 氏名(name)：　　 　　　　　　　　　　（会員番号：　　　　　）  所属 (Affiliation) ： |
| 著者氏名、所属機関 | 氏名(name)  所属 (Affiliation) ※番号が足りない場合は追加してください  1)  2)  3) |
| 抄録 (Abstract)  日本語：全角800文字以内  または  English：250 words以内 |  |
| キーワード (Key words) |  |