以下の欄に必ず連絡先の記載をお願いします

発表演者名 ：

発表演者のふりがな :

連絡先 氏　　　名 :

　　　　　 ふりがな :

　 ご 所　属 :

郵便番号 :

住　　　所 :

電話番号 :

FAX番号 :

メールアドレス :

記入後はメールに添付の上、 chlamydia2023@med-gakkai.orgまで送付して下さい。

（演題名をこの欄に入力　ＭＳ Ｐ明朝　フォント11ポイント）○○○○○○○○

（所属をこの欄に入力　ＭＳ Ｐ明朝　フォント11ポイント）　○○病院○○科等

（演者名をこの欄に入力　ＭＳ Ｐ明朝　フォント11ポイント）　○○○○　○○○○　○○○○

（抄録をこの欄に入力　ＭＳ Ｐ明朝　フォント11ポイント　約800字）○○○○