

送付先: E-mail: jsrm16@congre.co.jp

## シンポジウム応募申込書

第16回日本再生医療学会総会

### 1) オーガナイザー(兼 座長)

氏名	
所属	
E-mail	
電話	
FAX	

氏名	
所属	
E-mail	
電話	
FAX	

### 2) シンポジウムテーマ・セッションタイトル (仮題)

--

### 3) シンポジウムの概要

※200字以内で簡潔にお願いいたします。

--

#### 4) 演者（筆頭発表者のみ記入）

※会員・非会員、どちらかに○をおつけください。

1	氏名		会員	非会員
	所属			
	演題名			
2	氏名		会員	非会員
	所属			
	演題名			
3	氏名		会員	非会員
	所属			
	演題名			
4	氏名		会員	非会員
	所属			
	演題名			
5	氏名		会員	非会員
	所属			
	演題名			
6	氏名		会員	非会員
	所属			
	演題名			

※演者については、半数以上を日本再生医療学会会員から選定して下さい。

※非会員演者につきましては、総会にて交通費・宿泊費(1泊分)を負担致します。

※応募時点では演者の承諾を得る必要はございません。

※演題名は仮題で結構です。

応募いただいた内容につきまして実行委員会にて検討し、採否をご連絡致します。  
また、テーマ・タイトルの変更や、演者の変更をお願いすることがございますことをご了承下さい。

問い合わせ先

株式会社コングレ東北支社

第16回日本再生医療学会総会運営事務局

TEL: 022-723-3211 / FAX: 022-723-3210

E-mail: jsrm16@congre.co.jp