**演題申し込み用紙**

締め切り**2023年10月20日(金)**

|  |  |
| --- | --- |
| **演題名** |  |
| **所　属　名** |  |
| **連 絡 先** | 〒住所：TEL:FAX：E-mail： |
| **研究者名**（発表者だけでなく、共同研究者名も全員分記入し、発表者には名前の前に○をつけてください。） |  |

　**＊送付先**

　　山形県母性衛生学会事務局

 Eメール　yamagatakenbo@yahoo.co.jp