【例】○東京　太郎（かなざわ　たろう）1

東京　次郎2

東京　三郎3

東京　四郎1,2

**CAIカンファレンス2025** **CAI支援賞：活動計画（研究計画）　抄録入力フォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| ○筆頭著者氏名（ふりがな必須）  共著者氏名（ふりがな不要） |  |

※所属機関の番号を付けてください。

【例】1東京慈恵会医科大学病院看護部

2東京慈恵会医科大学小児科

3東京慈恵会医科大学内科

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |

※複数の所属機関がある場合、所属機関に番号を付けてください。

筆頭著者情報（以下の項目も必ずご入力下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 所属機関電話番号 |  |
| 所属機関FAX番号 |  |
| CAI会員番号 |  |
| メールアドレス |  |

※連絡先が筆頭著者と異なる場合は、以下に入力して下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 所属機関電話番号 |  |
| 所属機関FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

--------------抄録本文は次ページに入力してください---------------

|  |
| --- |
| 演題名（**全角100文字以内**） |
| 抄録本文（**全角1000文字以内**） |
| 【背景】  【目的】  【方法】  【到達目標と検証方法】  【奨励金使途】 |