第20回耳鼻咽喉科手術支援システム・ナビ研究会

【登録演者情報】

お名前：

ふりがな：

ご所属：

連絡先住所：〒

　　　　　（郵送物が届く住所をご記入きださい）

電話番号：

FAX番号：

E-Mail：

必要事項を記入のうえ、下記E-mailアドレスまでお送りください。

navi20@kyodo-cs.com

演題登録期間：2018年7月20日（金）〜８月31日（金）正午締切

演題タイトル：あああああああああああああああああああああああああああ

演者／共同演者：山田　太郎1)、山田　二郎1,2)、山田　花子2)

ご所属：1) ●●大学　医学部　耳鼻咽喉科、2) ●●病院　耳鼻咽喉科

ああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああああ（600文字以内）