

<様式7-2>

2019年度 山形県看護研究学会研究の助言申込書

2019年 月 日

◆ 演 題	
◆ 助言希望者の氏名	
◆ 助言を希望する内容（以下の項目にチェックを入れてください。複数可）	
<input type="checkbox"/> 表題の付け方	<input type="checkbox"/> その他（具体的に）
<input type="checkbox"/> 方法の妥当性	[]
<input type="checkbox"/> 倫理的配慮の方法及び書き方	
<input type="checkbox"/> 収集したデータのまとめ方	
<input type="checkbox"/> 考察の書き方	
<input type="checkbox"/> 文献の検索・引用方法	
◆ 連絡先(通知文書の送付先)	
・助言希望者（代表者名）	_____
・所属施設名・部署名	_____
・送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属施設	
	〒 _____
	住所 _____
	tel _____
	fax _____
	E-mail _____

* 申込期間 **5月7日（火）～ 31日（金）必着**

* 申込みに際して、施設内で取り決めがある場合には、そのルートでお願いいたします。

* 研究計画書および現段階のデータなど研究内容がわかる資料を同封のうえ、郵送でご送付ください。

* 助言時間は1演題30分程度、13:30～16:00の間で調整して連絡いたします。

※申込先

公益社団法人山形県看護協会 学会委員会

〒990-2473 山形市松栄一丁目5-45