**第1回日本サイバニクス医療研究会 演題登録申込書**

・提出締切：２０２５年８月２９日（金）

・提 出 先：halsympo@cyberdyne.jp

・発表形式：口演発表（現地）またはWEB発表（Zoom webinar）

製品名を記載する場合には、HAL〜タイプまたは、モデルコードHAL-FL05などをお使いください。

口演発表（現地またはWEB）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |  |
| 所属電話番号 |  |
| 参加形式 | □ | 現地参加 |
| □ | WEB参加 |
| 演題カテゴリー※いずれかを選択 | □ | １　HAL医療用下肢タイプ |
| □ | ２　医療用HAL下肢タイプB |
| □ | ３　HAL自立支援用下肢タイプ、HAL自立支援用下肢タイプPro（2Sタイプ含む） |
| □ | ４　HAL医療用単関節タイプ |
| □ | ５　HAL自立支援用単関節タイプ |
| □ | ６　HAL腰タイプ |
| 共同発表者 | ※下記所属番号を各氏名の後ろに記入してください。例→日本　春男１）、日本　春子２） |
| 共同発表者所属機関名 | 1)2)3)4) |
| **口演発表** |
| 演題名 | 日本語表記　※全角**50**文字程度 |
|  |
|  |
| 英語表記　　※半角**100**文字程度※未入力の場合は、事務局にて日本語表記からの翻訳を行います。 |
|  |
| 筆頭演者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  | □ 申込者同上 |
| 筆頭演者所属機関名 |  |
| 共同発表者 | ※下記所属番号を各氏名の後ろに記入してください。例→日本　春男１）、日本　春子２） |
| 共同発表者所属機関名 | 1)2)3)4) |
| 抄録本文（700〜1000字） |  |

募集要項の演題登録時の注意についてご理解の上、本申し込みをお願いします。