**第58回 特定非営利活動法人　日本口腔科学会　北日本地方部会**

**第46回 公益社団法人　日本口腔外科学会　北日本支部学術集会
　【抄録フォーマット】**

**【１】演題名**

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**　フォントは，MS明朝を使用．　**50文字以内** |
|  |
| **カテゴリー（必須）**　カテゴリー１，２を下記一覧よりそれぞれ選択し，番号を入力してください．カテゴリー1：　 1．基礎的研究　　　　　2．臨床的研究　　　　　3．症例報告カテゴリー2：　 1．先天異常　　　　　　5．炎症・免疫性疾患　　9．悪性腫瘍　　　　　　 13．顎関節　　　　　　　　2．発育異常　　　　　　6．粘膜疾患　　　　　　10．唾液腺疾患　　　　　14．インプラント　　　　　　　　3．外傷　　　　　　　　7．嚢胞　　　　　　　　11．血液疾患　　　　　　15．再生医療　　　　　　　　4．感染症　　　　　　　8．良性腫瘍　　　　　　12．神経系疾患　　　　　16．心身医学　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　17．その他 |
| カテゴリー１ |  | カテゴリー２ |  |
| **演題登録先学会（必須）**　“日本口腔科学会”　もしくは　“日本口腔外科学会” のいずれかをご記入ください． |
|  |
| **希望発表形式（必須）**　“口演発表”　もしくは　“ポスター発表” のいずれかをご記入ください．(注) 発表形式につきましては事務局に一任頂きますので, ご希望に添えない場合もございます．予めご了承ください． |
|  |

**【２】発表者・共同演者　氏名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **発****表****者****に****○** | **氏名（必須）**フォントは，MS明朝を使用． | **所属機関番号（必須）**次の【３】より該当の所属番号を記入してください．（複数選択可） |
| 入力例 | せんだい | いちろう | 1,3,4 |
| 仙台 | 一郎 |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

※所属記載欄が不足した場合は，適宜「行」を追加してください（右欄外 “↲ ” にカーソルを合わせ,エンターキーを押下）．

**【３】発表者・共同演者の所属機関**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属機関番号**【２】発表者・共同演者 氏名の所属機関番号欄に該当する下記の所属機関番号を記入してください. | **所属機関（必須）**フォントは，MS明朝を使用． |
| 入力例 | 東北大学大学院 歯学研究科　顎顔面・口腔外科学分野 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

※所属記載欄が不足した場合は，適宜「行」を追加してください（右欄外 “↲ ” にカーソルを合わせ,エンターキーを押下）．

**【４】抄録本文**

|  |
| --- |
| **抄録本文（必須）**　　**400文字以内**　　フォントは，MS明朝を使用．抄録本文中の図表の使用はお控えください．句読点には，“ ，（コンマ）”および“ ．（ピリオド）”を使用してください．演題名の最後に（口科）もしくは（口外）と記入してください．研究報告の場合【目的】，【材料及び方法】，【結果】，【結論】を症例報告の場合【諸言】，【症例と経過】，【結語】を必ず記載してください．歯式による表記が必要な場合，上顎右側第一大臼歯，右上6番　などと表し，囲み線をつけてください． |
|  |

**【５】発表代表者の連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名（必須）** |  |
| **御所属（必須）** |  |
| **御住所（必須）** |  |
| **連絡用****E-mailアドレス****（必須）** |  |
| **電話番号（必須）** |  | **ＦＡＸ番号** |  |