**公益社団法人日本精神神経科診療所協会第28回(通算49回)学術研究会**

**【抄録フォーマット】**

**【１】演題名**

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**　フォントは，MS Pゴシックを使用．英語表記はArialを使用．　**100文字以内（全角）** |
|  |

**【２】発表者・共同演者　氏名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **発****表****者****に****○** | **氏名（必須）**フォントは，MS Pゴシックを使用．英語表記はArial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 | みやぎ　いちろう | 1,3,4 |
| 宮城　一郎 |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |

**【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 Pゴシックを使用．英語表記はArialを使用． |
| 入力例 | 宮城仙台大学医学部精神神経科 |
| 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）**　　**800文字以内（全角）**　　フォントは，MS Pゴシックを使用．英語表記はArial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． |
|  |

**【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** |  |

**【６】撮影・データ収録許諾について**

|  |
| --- |
| **セッション内ご発表時に収録を行います。オンデマンド配信や公益社団法人日本精神神経科診療所協会の****学術研究報告集作成を目的としての使用について、ご同意いただけるかのご回答をお願い致します。（必須）****※同意いただけない場合でも、採用に影響はございません。** |
| 　　　□　同意します　　　　　　□　同意しません |