**第12回日本臨床外科学会宮城県支部総会運営事務局**

**【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．　**40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 | ○○大学医学部〇〇外科 |
| 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】募集カテゴリー**

|  |
| --- |
| **ご希望のカテゴリーに　〇　を入れてください（必須）** |
| **1）乳腺・内分泌** |  |
| **2）心臓・血管・肺** |  |
| **3）消化管** |  |
| **4）肝・胆・膵** |  |
| **5）小児外科** |  |
| **6）救急疾患** |  |
| **7）その他** |  |

**【６】発表代表者の連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名よみがな（必須）** |  |
| **氏　名（必須）** |  |
| **御所属（必須）** |  |
| **日本臨床外科学会****会員番号（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** |  |