**日本皮膚科学会東北六県合同地方会第406回例会
　【抄録フォーマット】**

**演題応募期間　～2024年3月15日（水）まで**

**【１】演題名**

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**　フォントは，MS Pゴシックを使用．　**20文字以内** |
|  |

**【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． | **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．

**【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．【所属先名称】ご所属が皮膚科であれば省略してください。また、●●病態学や●●学分野なども省略ください。簡素な記載でお願い致します。肩書の記載は不要です。一演者一施設のみです。※上記の規則で対応されていない場合は、事務局の判断で簡素化しますのでご注意ください。 |
| 入力例 | 東北医科薬科大学 | 皮膚科 |
| 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．

**【４】抄録本文**

|  |
| --- |
| **抄録本文（必須）**　　**200文字以内**　　フォントは，MS Pゴシックを使用．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** |  |