**NPO法人 日本歯科放射線学会 第５回秋季学術大会**

**【抄録フォーマット】**

1. **発表区分選択**（下記から選択してください）

|  |  |
| --- | --- |
| **発表区分（必須）** | |
|  | |
| <発表区分＞ | |
| １ | 顎骨のX線診断と症例 |
| ２ | 画像診断の基礎 |
| ３ | 画像診断の臨床 |
| ４ | 放射線生物と治療 |
| ５ | 歯科教育 |
| ６ | その他 |

1. **演題名**（※　日本語演題名100字以内、英語演題名半角200字以内）

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**　フォントは,MS明朝を使用. |
|  |
| **演題名　英文表記（必須）**　フォントは,MS明朝を使用. |
|  |

**【３】発表者・共同演者　氏名　（**※　10名以内）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **発表者に**  **○** | **和文　氏名（必須）**  フォントは,MS明朝を使用. | | | **よみがな　氏名（必須）**  フォントは,MS明朝を使用. | | **氏名英文表記（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** | **姓** | **名** | **姓（よみ）** | **名（よみ）** | Taro Iwate | 1,2,3 |
| **岩手** | **太郎** | いわて | たろう |
| **○** |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |

**【４】発表者・共同演者の所属機関**（※　5施設以内）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | ○○大学○学部○○分野　/　○○病院○○科　など |
| 1 | **和文** |  |
| **英文** |  |
| 2 | **和文** |  |
| **英文** |  |
| 3 | **和文** |  |
| **英文** |  |
| 4 | **和文** |  |
| **英文** |  |
| 5 | **和文** |  |
| **英文** |  |

**【５】抄録本文**　（※　1000字以内）

|  |
| --- |
| **和文　抄録本文（必須）**　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. |
|  |

**【６】発表者の連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| **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）** |  |
| **発表当日連絡可能な携帯番号**  **（必須）** |  |
| **備　考** | 事務局への連絡事項がございましたら、記入ください。 |