第 ７５回東北地区歯科医学会

事前口演抄録原稿用紙

注意事項 ： 事前口演抄録は１題４００字以内、横書きでご提出ください。

句読点は一字として取り扱い枠内に入れてください。

外国語は活字体を用い、数字は算用数字とします。

抄録を作成の際は、別紙の事前口演抄録例を必ずご確認ください。

※は記入しないでください。

本原稿用紙以外受け付けません。

締切日 ： 令和４年８月２２日（月）必着

送付先 ： 〒980-0803　仙台市青葉区国分町１丁目５番１号　宮城県歯科医師会内

第75回東北地区歯科医学会事務局

TEL：022-222-5960　FAX：022-225-4843

Ｅ-mail：gakkai@miyashi.or.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※整理番号 |  | |
| 演題名 |  | |
| 口演発表資料を作成したコンピュータのOS並びにプレゼンテーションソフトについて記入してください。 | | ①　OS　□Windows（Ver.　　　　　 　　 　　）  　　　　 □Mac 　 （Ver.　　　 　　　　 　　）  ②　プレゼンテーションソフト  　　ソフト名（　　　　　　 ）（Ver.　 　　　） |

■所属区分の明確化のため、必ずご記入くださいますようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 区分 | ■該当する下記項目に○印若しくは必要事項を記入してください。  ａ．県歯科医師会（委員会）　　　　　ｂ．地区歯科医師会（委員会）  ｃ．大学〔講座・分野〕　　　　　　　ｄ．病院歯科（科）  ｅ．グループ（スタディーグループ等）ｆ．個人〔職種：　　　　　　　　　〕  ｇ．その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| （演者に○印） |  |
| 投稿形式 | みちのく齒學會雑誌投稿に際して  □ 査読付き論文を希望　　　　　　□ 事後抄録（未査読投稿）を希望 |
| 倫理規定と  利益相反 | □ 研究内容は、医の倫理、研究倫理に反せず、被検者あるいは患者の同意を得られている。  □ 利益相反の有無を明記している。 |
| 共 同 演 者 | □共同演者は東北地区歯科医学会会員である。  □共同演者はこれから東北地区歯科医学会に入会する予定である。  （入会予定日　　　　月　　　　日） |
|  | |
| 連絡先 | 〒  TEL:　　　　―　　　　―　　　　　FAX:　　　　―　　　　―  E-mail: |
|  |  |
|  |