第 ７０ 回東北地区歯科医学会

口演内容抄録原稿用紙

注意事項 ： 内容抄録は１題400字以内とする。文章は横書きとする。

句読点は一字として取り扱い枠内に入れること。

外国語は活字体を用い、数字は算用数字とする。

（その他については、要項事項の例文１を必ずご確認ください。）

※は記入しないこと。

本原稿用紙以外受け付けません。

締切日 ： 平成２９年７月３１日（月）必着

送付先 ： 〒960-8105　福島市仲間町６番６号　福島県歯科医師会内

第70回東北地区歯科医学会事務局

TEL : 024 (523) 3266　　FAX : 024 (524) 1323

E-mail：gakujutsu＠fda-online.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、被験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。 |
|  | |
| 連絡先 | 〒  TEL:　　　　―　　　　―  FAX:　　　　―　　　　―  E-mail: |
|  |  |
|  |