**第59回特定非営利活動法人　日本口腔科学会北日本地方部会**

**第47回公益社団法人　日本口腔外科学会北日本支部学術集会**

**抄録フォーマット**

**【１】演題名**

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**フォントは、**MS明朝**を使用、**50文字以内** |
|  |
| **カテゴリー（必須）**

|  |
| --- |
| **カテゴリー１**：　１．基礎的研究　　　**カテゴリー２**：　１．先天異常　　　　　７．嚢胞　　　　　　13．顎関節２．臨床的研究　　　　　　　　　　　２．発育異常　　　　　８．良性腫瘍　　　　14．インプラント３．症例報告　　　　　　　　　　　　３．外傷　　　　　　　９．悪性腫瘍　　　　15．再生医療４．感染症　　　　　　10．唾液腺疾患　　　16．心身医学　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　５. 炎症・免疫性疾患　11．血液疾患　　　　17．その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　６．粘膜疾患　　　　　12．神経系疾患 |

カテゴリー1,2を下記一覧よりそれぞれ選択し、番号を入力ください。 |
| カテゴリー１ |  | カテゴリー２ |  |
| **演題登録先学会（必須）**【　**日本口腔科学会**　】もしくは【　**日本口腔外科学会**　】のいずれかをご記入ください。 |
|  |
| **希望発表形式（必須）**【　**口演発表**　】もしくは【　**ポスター発表**　】のいずれかをご記入ください。 |
|  |

**【２】発表者・共同演者　氏名**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名（必須）**フォントは、**MS明朝**を使用 | **所属機関名（必須）** |
| 例）○盛岡　太郎（モリオカ　タロウ）※発表者は氏名の最初に○を入力ください。 | 例）岩手医科大学歯学部口腔顎顔面学講座口腔外科学分野 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**※記載欄が不足した場合は適宜「表」を追加してください。（↩︎にカーソルを合わせ【右クリック→挿入】で表を追加してください。）**

**【３】発表代表者の連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名（必須）** |  |
| **ご所属（必須）** |  |
| **ご住所（必須）** |  |
| **連絡先****メールアドレス****（必須）** |  |
| **電話番号****（必須）** |  | **F A X番号** |  |

**【５】抄録本文（必須）　400文字以内　フォントは、MS明朝を使用**

１．抄録本文中の図表の使用はお控えください。

２．演題名の最後に**（口科）**もしくは**（口外）**と記入してください。

３．研究報告の場合【目的】、【材料及び方法】、【結果】、【結論】を

　　症例報告の場合【諸言】、【症例と経過】、【結語】を必ず記載ください。

４．歯式による表記が必要な場合、上顎右側第一臼歯、右上6番などと表し、囲み線をつけてください。

|  |
| --- |
|  |