**第58回 NPO法人日本口腔科学会 関東地方部会 抄録フォーマット**

件名を「日本口腔科学会関東地方部会抄録」とし，抄録を添付して下記のメールアドレスに送付して下さい

**koukukagaku58@gmail.com**

演題送付後，確認の返信メールが無い場合には下記連絡先にお問い合わせください.

第 58回 NPO 法人日本口腔科学会 関東地方部会 事務局

日本大学松戸歯学部　放射線学講座

連絡先：**koukukagaku58@gmail.com**

**【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 |  |

**【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）○松戸　太郎（マツド　タロウ）**※発表者は氏名の最初に○を入力ください。** | 例）日本大学松戸歯学部　放射線学講座 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**【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）** |  |

**【４】新人賞エントリーの有無**

|  |
| --- |
| **新人賞エントリー　☐有　　　　☐無** |

（新人賞の対象は本地方部会における筆頭発表者で、発表時に卒後研修開始後３年以内の方となります）

**【５】抄録本文（必須）　500文字以内　フォントは、MS明朝を使用**

抄録の作成に当たっては【目的】、【材料および方法】、【結果】、【結論】を適宜使用し、日本口腔科学会雑誌投稿規定、用字用語例および患者プライバシー保護に関する指針、厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針を遵守してください。抄録本文中の図表の使用はお控えください。

|  |
| --- |
|   |