

一般演題募集

— 発表要項 —

1. 一般演題は、口頭発表とポスター展示の予定です。
口頭発表は日本語か英語のどちらかになります。
口頭発表にはパワーポイント (Windows) が使用できます。
2. 発表時間は口演 5 分、質疑応答 2 分、合計 7 分を予定しています (変更になる場合があります)。
ポスター質疑応答は 7 月 28 日 (日) 午後を予定しています。

事前に抄録を提出して下さい

抄録作成要領

1. **第59回学術集会の抄録は全て英文にて作成して下さい。**
2. 発表者氏名は口頭発表者に○を付けて下さい。
3. 所属は次ページのサンプルのように氏名のあとに付けて下さい。
4. 本文は 1 ページ 400 word 以内 (題名・所属は含まない)。**【Background】**, **【Purpose】**, **【Method】**, **【Result】**, **【Discussion】** 等に 分けて 記述してください (症例報告等はこのかぎりではありません)。
COI 及び科研費を使用した研究の場合はその旨を明記して下さい (400word には含まない)。
5. レイアウトは事務局で編集させていただきます。
6. 抄録は word ファイルで作成し、jts59@jts59.com まで Eメールの添付ファイルでお送り下さい。
抄録本文とは別に、発表者氏名・ふりがな・発表者所属・郵便番号・住所・電話番号・FAX 番号・E-mail アドレス・発表形式の希望 1 口演 2 ポスター展示、発表カテゴリー (下記より選択) 日本語発表・英語発表の区分を日本語で入力してください。

発表カテゴリー

演題の登録時には、発表を希望するカテゴリーを選択 (複数選択可) していただきますが、最終的なカテゴリーにつきましては、大会長に一任くださいますようお願い致します。

- | | | | |
|-------------------|-------------|--------------|---------------|
| 1) 生殖 | 2) 発生 | 3) 遺伝子異常 | 4) 染色体異常 |
| 5) 神経発生毒性 | 6) 検査 | 7) ゲノム | 8) 先天異常モニタリング |
| 9) 出生前診断・治療 | 10) 四肢・骨格異常 | 11) 顎・顔面 | 12) 中枢神経 |
| 13) 手術 | 14) 歯科矯正治療 | 15) 補綴治療 | 16) 音声言語 |
| 17) 海外医療援助 | 18) 先天異常症候群 | 19) 患者の会・親の会 | 20) 哺乳・摂食嚥下 |
| 21) 看護・ケア・カウンセリング | 22) 疫学 | 23) 予防 | |
| 24) 実験 | 25) 症例報告 | 26) 胎児の人権 | 27) その他 |

7. 郵送にて提出される場合は抄録のプリントアウトとデータ (CD 等) を次項郵送先へお送りください。
また、その際には氏名・所属・連絡先 (住所、電話、FAX、Eメール) を明記してください。
8. ※演題採否、発表形式の最終決定は事務局にご一任ください
抄録提出後、受領確認の Eメールを送信します。もし、抄録提出後 1 週間程度経過しても受領のメールが届かない場合には、次項へお問合せください。
9. 利益相反の有無について記載してください (詳しくは倫理規定・利益相反をご覧ください)。

抄録の提出締切は 2019年3月10日(日) です

下記の2種を送信して下さい

レターヘッド

発表者氏名
ふりがな
発表者所属
郵便番号
住所
電話番号
FAX 番号
E-mail アドレス
発表形式の希望
1 口演 2 ポスター展示
発表カテゴリー
番号とカテゴリー名
日本語発表・英語発表の区分
利益相反の有無
科研費使用の有無
を日本語で入力してください。

英文抄録

Title

○Taro Senten¹⁾、Hanako Senten²⁾

1) Jts Hospital

2) Jts University

【Background】

【Purpose】

【Method】

【Result】

【Discussion】

本文
400 word
以内

※口演ポスター展示については演題数によって
御希望に添えない可能性があります

◆ 事務局・問い合わせ先 ◆

愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室 準備委員長 井村英人

〒464-8651 名古屋市千種区末盛通2丁目11番地

TEL : 052-751-7181(内線 5331) FAX : 052-759-2151

E-mail : jts59@jts59.com

<http://jts59.com>