

第 70 回日本矯正歯科学会大会・第 4 回国際会議  
「郵送・演題登録書類」(延長用)

この度の東日本大震災に際し心よりお見舞い申し上げます。  
被災地の一日も早い復旧を心よりお祈り申し上げます。  
被災地の状況を鑑み、東北 6 県に在住の会員については、演題募集期間を郵送受け付けのみ延長させて頂きます。

対象者：東北 6 県（青森、秋田、岩手、宮城、福島、山形）在住者・在職者  
各注意事項をよくお読みになった上で、下記学術大会事務局までご郵送下さい。  
尚、不明点がございましたら、下記大会事務局までお問い合わせ下さい。

郵送締切：5 月 31 日（必着） \*締切以降は受付出来ませんのでご了承ください

●提出用書類

- ① 演題受付記録
  - ② 抄録要旨記入用紙
  - ③ 演題受付書 (FAX 送信用紙) 注：記入の上、抄録とともにご郵送下さい。
- 各書類の※印の項目は、事務局使用欄につき記入なさらないで下さい。
  - 文字は丁寧に、楷書にてご記入下さい。

締切：平成 23 年 5 月 31 日（火）必着

日本矯正歯科学会 学術大会事務局  
〒107-0052 東京都港区赤坂 2-2-12 NBF 赤坂山王スクエア  
(株)インターグループ内  
TEL: 03-5549-6909  
FAX: 03-5549-3201

## 演題受付記録

受付日  ※

受付番号:  ※

★演題区分(いずれかにチェック)		A 展示発表 □学術展示 □症例展示				B □症例報告	
★筆頭発表者・共著者名		(筆頭発表者を①にする)全員で15名以内					
		日本語		英語		会員番号	所属機関番号
<b>例) 日本語:</b> 姓:夏目 名:漱石 <b>例) 英語:</b> Family :NATSUME First :Souseki  右記の所属機関番号は、 下記で記入する発表者・ 共著者の所属機関の 番号に対応したものと ご記入下さい。 筆頭発表者、共著者は 右記の番号順に、抄録に 掲載されます。	1	姓	名	Family Name	First Name		
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
<b>発表者・共著者所属機関名</b>  同大学でも、学部、講座が 異なる場合は別の機関と なります。  所属機関番号①は 筆頭発表者の所属 機関となります。	(例) 日本語: ○○大学 歯科矯正学講座						
							①
							②
							③
							④
							⑤
							⑥
							⑦
							⑧
							⑨
						⑩	
★筆頭発表者の連絡先住所	〒						
★同TEL・FAX番号	TEL	内線( )		FAX			
★メールアドレス							
★演題分類・カテゴリー	★第一希望		※ 演題分類 01~31 より選択して下さい。				
	第二希望		演題分類一覧は、演題募集要項をご覧下さい。				
	第三希望						
★演題名							
日本語タイトル(50字以内)							
★演題名 英文タイトル (15 words以内)							
★机の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
★電源の要否	<input type="checkbox"/> 要(パソコン以外を使用の場合はW数を記入: W) <input type="checkbox"/> 不要						
★本演題を優秀発表賞の選考対象として <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない							

☆印の項目は入力必須項目となります。記入されていない場合は、事務局によるオンライン代理登録が行えませんので、ご注意下さい。

# 第70回日本矯正歯科学会大会

## 展示発表（学術展示、症例展示）、症例報告

### 抄録（要旨のみ）

パソコンコンピューターあるいはワープロ等を用いて、800字以内で枠内におさまるよう記入して下さい。800字を超えるものに関しては、オンライン代理入力の際にコンピューターが受けつけませんので、抄録が受理されないということになります。（1字でも超えますと登録出来ません。）必ず800字以内であることをご確認の上、ご提出下さい。（文字のカウントに関しては、マイクロソフトワードの場合、文字を選択しメニューバーの「ツール」より「文字カウント」を選択すると文字のカウントが行われます。）

なお、登録演題のタイトルや共著者、所属施設、本文も含めた総文字数は1000文字以内となります。そちらも、確認の上提出して下さい。

抄録は電子媒体（CD-ROM、USBスティックメモリ等）に保存し、書類とともにご郵送下さい。

### <事務局使用欄（記入しないで下さい）>

受付日	2011年 月 日
受付番号	
受付書の送付	2011年 月 日
採否	<input type="checkbox"/> 採択 <input type="checkbox"/> 返却
発表日時案内の送付	2011年 月 日
演題番号	
発表日時	2011年 月 日 :
発表時間	分
その他	

# F A X

①筆頭著者氏名、②筆頭著者所属機関・部署名、③FAX 番号、④演題名、および⑤演題区分を下記にご記入のうえ、(楷書体で正確にお願い致します) 抄録要旨等他の書類とともに、下記学術大会事務局宛に期日までにご郵送下さい。※ は事務局使用欄です。

① 筆頭著者氏名 : \_\_\_\_\_

② 筆頭著者所属機関・部署名 : \_\_\_\_\_

③ 筆頭著者連絡先 FAX 番号 : \_\_\_\_\_

## 第 70 回日本矯正歯科学会大会 & 第 4 回国際会議 演題受付書

※ 受付番号 \_\_\_\_\_

※ 演題番号 \_\_\_\_\_

④ 演題名 : \_\_\_\_\_

⑤ 演題区分 : 学術展示、症例展示、症例報告 (いずれかに○をつけて下さい。)

⑥ 優秀発表賞選考対象として、この演題の選考を  希望する  希望しない。

※  月 日上記演題の申込みを受けました。演題の採否、発表日時等については後日お知らせ致します。

日本矯正歯科学会学術委員会  
委員長 石川 博之  
日本矯正歯科学会認定委員会  
委員長 山田 一尋

日本矯正歯科学会 学術大会事務局

〒107-0052 東京都港区赤坂 2-2-12 NBF 赤坂山王スクエア

㈱インターフループ内

TEL: 03-5549-6913 FAX: 03-5549-3201

E-mail: jos-meeting@intergroup.co.jp