

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いただきます。

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	
		姓	名	Family Name	First Name				
例) 日本語: 姓: 夏目 名: 漱石 例) 英語: 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を 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							①	
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
★発表者・共著者所属機関名		(例) 日本語: ○○大学 歯科矯正学講座							
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。									①
所属機関番号①は筆頭発表者の所属機関となります。									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			
★Eメールアドレス									
★演題分類・カテゴリ		★第一希望				※ 演題分類 01～31 より選択して下さい。 演題分類一覧は、演題募集要項をご覧ください。			
		第二希望							
		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		□ 要 □ 不要							
★電源の要否		□ 要(パソコン以外を使用の場合はW数を記入: W) □ 不要							
★本演題を優秀発表賞の選考対象として		□希望する □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）

パーソナルコンピュータ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が受け付けませんので、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スティックメモリー等）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
(株)インターグループ内
TEL: 03-5549-6913 FAX: 03-5549-3201
E-mail: jos-meeting@intergroup.co.jp