第76回東北地区歯科医学会
事前口演抄録原稿用紙

注意事項 ： 事前口演抄録は１題４００字以内、横書きでご提出ください。
句読点は一字として取り扱い枠内に入れてください。
外国語は活字体を用い、数字は算用数字とします。
抄録を作成の際は、別紙の事前口演抄録例を必ずご確認ください。
※は記入しないでください。
本原稿用紙以外受け付けません。

締 切 日 ： 令和５年８月２８日（月）必着

送 付 先 ： 〒960-8105　福島市仲間町６番６号　福島県歯科医師会館内
第 76回東北地区歯科医学会事務局
TEL:024-523-3266　FAX:024-524-1323
Ｅ-mail：info@fda-online.or.jp

※整理番号	
演　題　名	
口演発表資料を作成したコンピュータの OS 並びにプレゼンテーションソフトについて記入してください。	①　OS　□Windows（Ver.　　） □Mac　（Ver.　　） ②　プレゼンテーションソフト ソフト名（　　）（Ver.　　）

■所属区分の明確化のため、必ずご記入くださいますようお願いいたします。

所　　属	
区　　分	■該当する下記項目に○印若しくは必要事項を記入してください。 ａ．県歯科医師会（委員会）　ｂ．地区歯科医師会（委員会） ｃ．大学〔講座・分野〕　ｄ．病院歯科（科） ｅ．グループ（スタディーグループ等）　ｆ．個人〔職種：　　〕 ｇ．その他〔　　〕
ふりがな 氏　　名 (演者に○印)	
投 稿 形 式	みちのく歯學會雑誌投稿に際して □ 査読付き論文を希望　□ 事後抄録（未査読投稿）を希望
倫理規定と利益相反	□ 研究内容は、医の倫理、研究倫理に反せず、被検者あるいは患者の同意を得られている。 □ 利益相反の有無を明記している。
共 同 演 者	□共同演者は東北地区歯科医学会会員である。 □共同演者はこれから東北地区歯科医学会に入会する予定である。 （入会予定日　　月　　日）

連　絡　先	〒 TEL:　　―　　―　　FAX:　　―　　― E-mail:
ふりがな 氏　　名	

第 76 回東北地区歯科医学会　事前口演抄録原稿用紙

20 × 20