

香歯医学大会一般演題募集のご案内

募集要項

1. **発表資格**：演者および共同演者は、香川県歯科医師会に所属する会員（準会員、勤務会員を含む）および会員診療所に勤務する歯科医師以外のスタッフ、香川県技工士会会員、香川県衛生士会会員のいずれかであること。
2. **発表内容**：症例報告、臨床のヒントなど内容は自由です。
3. **発表形式**：ポスター発表
 - (1) ポスターパネルは、横 90cm×縦 180cm で掲示可能なスペースが横 90cm×縦 160cm で、そのうち最上段の縦 20cm は演題名等用のスペースとなります。
 - (2) 最上段横 70cm×縦 20cm のスペースに演題名、所属、発表者名（演者の前に○印を記入）を表示してください。演題番号（左上 20cm×20cm）は主催者で用意します。
 - (3) ポスター掲示は、当日 9:00～9:30、撤去は 13:00～13:30 の間にお願いします。画鋏などは演者で持参をお願いします。

(4) ポスター討論は今回行いません。

応募要領：下記内容を Word ファイルに記載、E-mail に添付のうえ香川県歯科医師会事務局（sysope@kashi.or.jp）までご送付ください。

- (1) 演題名
 - (2) 発表者名（演者に○印・ふりがな）
 - (3) 所属
 - (4) 演者の顔写真、略歴
 - (5) 連絡先（郵便番号、住所、Tel、Fax、E-mail アドレス）
 - (6) 400 字以内の抄録
- ・ 件名に「令和 4 年度香歯医学大会ポスター発表応募」と記載下さい。
 - ・ 抄録を推敲いただいてから 1 回でお送り下さいますよう、また、~~メ~~切間際に応募のメールが重なりますと抄録受領の返信が追いつかないことがあります。余裕を持ってお送り下さいますようご協力をよろしくお願いいたします。

*抄録受領の際は、必ず返信にてお知らせします。3日たっても事務局からの返信がない場合は、お手数ですが事務局まで受領確認の連絡をお願いします。

〒762-0020 高松市錦町 2 丁目 8 番 38 号

香川県歯科医師会事務局宛

Tel : 087-851-4965 FAX:087-822-4948 E-mail : sysope@kashi.or.jp

5. **応募締切**：令和 4 年 8 月 10 日（水）

ポスター発表抄録の記載要項に関するお知らせ
－発表者の所属について－

平成24年度のポスター発表から「発表者氏名と所属」の記載を、原則として以下のように変更致しました。ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

記載要項

1. 歯科医師会、歯科衛生士会、歯科技工士会からの発表は、これまで通りそれぞれの会の名称とする。
2. 発表責任者が個人の場合は、それぞれの歯科医院の名称とする。
注) 勤務の歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士は、勤務先の歯科医院の名称とする。
注) フリー(あるいは行政など会員の歯科医院以外に勤務の方)の歯科衛生士、歯科技工士は、歯科衛生士会および歯科技工士会の名称とする。
3. スタディグループ等からの発表は、そのグループの名称とする。
注) スタディグループは香川県歯科医師会の認定研修会であること。
不明な点などは、学術部担当(TEL: 087-851-4965)までお問い合わせ下さい。
下記に記載例を記載していますので、ご参考下さい。

記載例1

***発表責任者が個人の場合**

AA 歯科医院 (三豊)

○AA◇二、○○○子、△△△則¹⁾、◇◇◇史²⁾

1) BB 歯科クリニック (木田)、2) CC 歯科医院 (高松)

記載例2

***歯科衛生士、歯科技工士が歯科医院に勤務の場合**

DD 歯科クリニック (善通寺)

○□□□子、△△△美、◇◇◇三

記載例3

***フリーの歯科衛生士、歯科技工士の場合**

香川県衛生士会

○◇◇○江

記載例4

***スタディグループからの発表の場合**

EE 学術研究会

○◇◇◇吾¹⁾、○○○男²⁾、△△△法³⁾

1) FF 歯科 (坂出)、2) GG 歯科医院 (高松)、3) HH 歯科医院 (大川)

*記載可能な認定研修会については裏面をご確認下さい。