**第37回日本口腔リハビリテーション学会学術大会**

**演題申込書・抄録テンプレート**

**演題申込書**

|  |
| --- |
| 発表者連絡先 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　@ |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 発表形式 | [ ] 口演発表を希望する　　　[ ] ポスター発表を希望する |
| 優秀演題発表賞 | [ ] エントリーを希望する　　[ ] エントリーを希望しない |
| 連絡事項 |  |

※発表者（共同演者を含む）は口腔リハビリテーション学会の会員に限ります。

演題提出方法

演題抄録テンプレートおよび演題申込書をMicrosoft Word形式で保存しファイルを添付して、大会事務局までE-mail（**37jaor@gmail.com**）にてお送りください。なお、件名は「第37回口腔リハ学会演題申込【氏名】」としてください。なお、発表形式はご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

発表者の所属が複数の場合は所属と氏名の右肩に同一番号を付けてください。使用フォント、サイズにつきましては厳守いただきますようお願い申し上げます。

＜お問い合わせ先＞

第37回日本口腔リハビリテーション学会学術大会 運営事務局（担当：徳本佳奈）

〒663-8501　兵庫県西宮市武庫川町1-1　兵庫医科大学医学部　歯科口腔外科学講座

TEL：0798-45-6677 FAX：0798-45-6679

E-mail：37jaor@gmail.com

＜青文字部分を削除してから抄録を作成してください＞

演題名（和文）：50文字以内（MS明朝 12ポイント）

演題名（英文)：25 words以内（Times New Roman 12ポイント）

一行空ける

演者（和文）：（MS明朝 12ポイント）発表者に〇をつける

演者（英文）：（Times New Roman 12ポイント）発表者に〇をつける

一行空ける

所属（和文）：（MS明朝 12ポイント）

所属（英文）：（Times New Roman 12ポイント）

一行空ける

抄録本文：800文字以内（MS明朝 12ポイント）

−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−

（抄録入力例）

介護食品および介護食器具等に関する情報提供

Provision of information about food and tableware for dependent patients

〇大阪太郎1，東京次郎2，日本花子1,2

〇Taro Osaka1，Jiro Tokyo2，Hanako Nihon1,2

1○○大学医歯学総合病院　口腔リハビリテーション科

2○○大学大学院医歯学総合研究科　摂食嚥下リハビリテーション学分野

1Oral Rehabilitation, ○○ University Medical and Dental Hospital

2Division of Dysphagia Rehabilitation, ○○ University Graduate School of Medical and Dental Sciences

本文．．．．．．