**第31回日本口腔リハビリテーション学会学術大会**

**演題・抄録テンプレート**

**※発表者は口腔リハビリテーション学会の会員に限ります。**

**演題申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発表者連絡先 | | | |
| フリガナ |  | | |
| お名前 |  | | |
| ご所属 |  | | |
| 郵便番号 | 〒 | | |
| ご住所 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| お電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ご連絡事項 |  | | |

演題申し込み方法

**演題募集期限 平成29年7月28日（金）**

演題・抄録テンプレートの全ての項目を入力してMicrosoft Wordファイル形式で保存したファイルをE-mail(件名：演題申し込み【お名前】)に添付してお送りください。下記の事務局まで**E-mail(件名：演題申し込み【お名前】)**でご提出ください。

発表者には○を付けてください。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・連絡先：

第31回日本口腔リハビリテーション学会学術大会事務局　準備委員長 横山　薫

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　演題担当　中道　由香

住所：〒145-8515 東京都大田区北千束2－1－1

昭和大学歯科病院　口腔リハビリテーション科

TEL：03-3787-1151（内線382）

**E-mail：31jaor@** **dent.showa-u.ac.jp（演題申し込み先）**

|  |
| --- |
| **演題名（和文）**（MS明朝12ポイント） |
| **演題名(英文)**（Times New Roman 12point） |
| **演者（和文）**（MS明朝12ポイント） |
| **演者（英文）**（Times New Roman 12point） |
| **所属（和文）**（MS明朝12ポイント） |
| **所属（英文）**（Times New Roman 12point） |
| **抄録本文：800文字以内**（MS明朝12ポイント） |