**第39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　　　 |
| 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）は日本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

Microsoft Word形式で保存した「演題申込書・抄録テンプレート」ファイルを添付して、E-mailにて大会事務局まで（39jaor@gmail.com）お送りください。なお、件名は〔【演題申込】第39回口腔リハ学会（氏名）〕としてください。

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＞

事務局：第39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

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町2-9-18

Tel＆ Fax 03-6380-9221（医局）

東京歯科大学　摂食嚥下リハビリテーション研究室

Email: 39jaor@gmail.com

準備委員長 三浦　慶奈，事務担当 芳村竜秀

＜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．．．．．．