

## 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の間にお願ひします。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。
4. **応募要領**：下記内容を Word ファイルに記載、E-mail に添付のうへ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 3 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、~~不~~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。余裕を持つてお送り下さいますようご協力をよろしくお願ひいたします。

\*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。

〒760-0020 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 3 年 11 月 10 日 (水)