

# 大阪府歯科衛生士会学術集会演題募集について

第23回大阪府歯科衛生士会学術大会を開催いたします。

つきましては、下記要領で会員の発表演題の募集をいたしますので奮ってご応募ください。

## 1. 学術集会開催要領

- 1) 日 時 平成30年1月21日(日) 13時～17時(予定)
- 2) 場 所 大阪府歯科医師会館(予定)
- 3) 参加費 会員 1,500円 他府県 3,000円 会員外 5,000円  
学生会員 500円 学生会員外 1,500円

## 2. 発表演題申込について

- 1) 演者、共同研究者とも日本歯科衛生士会会員に限ります。
- 2) 演題の受理は学術部編集委員会の意見を参考にし決定いたします。
- 3) 事後抄録のご提出もお願いいたします。抄録は平成29年度大阪府歯科衛生士会学術誌に掲載予定です。

### 4) 発表内容

発表内容は自由です。発表は口演発表とし、発表時間は8分、質疑応答は2分とします。P C(パワーポイント)での発表といたします。プロジェクターは1台のみ使用できます。

### 5) 申込要領

申込書に必要事項を記入の上、大阪府歯科衛生士会までF A Xまたは郵送にてお申し込みください。申込書に記載のメールアドレスに、採否をお知らせいたします。

- ①発表者の氏名・会員番号・所属会(都道府県)・勤務先を記入して下さい。
- ②複数の勤務先がある場合は主たる勤務先を一箇所記入してください。  
勤務していない場合は、所属歯科衛生士会を記入してください。
- ③演題ならびに発表内容の要点を400字以内で記入してください。
- ④共同研究者が多数の場合は、別紙に記入してください。
- ⑤「発表者連絡先」は会からの連絡先となりますので、正確に記載ください。  
特にメールアドレスの入力は、お間違えのないよう再確認をお願いします。

### 6) 演題申込受付期間

平成29年7月1日～10月31日

公益社団法人 大阪府歯科衛生士会

〒543 大阪市天王寺区生玉寺町4-16  
藤和シティホームズ夕陽ヶ丘四天王寺101

TEL/FAX 06-4302-4767

## 大阪府歯科衛生士会学術集会演題申込書

氏名	ふりがな	会員番号		所属会 (都道府県)
		勤務先 (所属)		
演題				
発表内容の要点を 400 字以内で記入ください。				
共同研究者氏名	勤務先 (所属)		会員番号	
共同研究者氏名	勤務先 (所属)		会員番号	
共同研究者氏名	勤務先 (所属)		会員番号	
共同研究者氏名	勤務先 (所属)		会員番号	

発表者連絡先 (※必ず連絡の取れる連絡先を記載して下さい)

氏名	
住所	〒
連絡先	携帯電話・自宅電話 (または FAX)・勤務先電話 (または FAX)
メールアドレス (パソコン)	