

第 10 回日本子ども虐待防止歯科研究会学術大会 一般演題募集について（ご案内）

今回の大会では、一般演題（ポスター発表のみ）を受け付けます。申込方法は下記をご参照ください。

<発表形式>

- ・発表者は日本子ども虐待防止歯科研究会会員に限ります。共同発表者も会員であることを望みます。
 - ・今回はポスター発表のみといたします。
- 12：50～13：20 ポスターセッションのお時間を取っております。

<申込方法>

下記の書式を電子データとして、一般演題申込及び問合せ先のメールアドレスにメール添付でお申込みください。

- ・抄録は、ポスターセッション抄録用紙（別添）でご提出をお願いいたします。
- ・抄録に関して指定の形式はございません。抄録の表題に、演題名、発表者全員の氏名・所属（筆頭発表者に、○印を付けてください）、利益相反の有無を記載してください。
- ・筆頭発表者または申込責任者連絡先（氏名（ふりがな）、住所、TEL、FAX、E-mail）

※ご提出いただきました個人情報、当方が責任持って管理し、本大会以外の事業では利用いたしません。

<申込締切日>

一般演題（ポスター発表）申込 募集期間：～10月1日（水）

※プログラム作成の都合上、期日を過ぎてのお申込みは受理できない場合もございますので、期日厳守にてお願い申し上げます。

<一般演題申込及び問合せ先>

一般社団法人新潟県歯科医師会 業務課（担当：阿部）
〒950-0982 新潟県新潟市中央区堀之内南 3-8-13 新潟県歯科医師会館
TEL：025-283-3030 / FAX：025-283-6692 / E-mail：abe@ndan.or.jp

【一般演題発表（ポスター及び口頭発表）に際しての詳細】

利益相反（COI）開示について

演題発表に際し、COI 状態の有無にかかわらず、開示が必要です。
ポスターの最下部に提示をお願いします。

（例）

第〇回日本子ども虐待防止歯科研究会学術大会 利益相反 (COI) 開示 〇〇年 〇〇月 〇〇日 筆頭発表者氏名: 〇〇 〇〇 本演題に関して、発表者の開示すべき 利益相反状態はありません。	第〇回日本子ども虐待防止歯科研究会学術大会 利益相反 (COI) 開示 〇〇年 〇〇月 〇〇日 筆頭発表者氏名: 〇〇 〇〇 本演題に関して、発表者の開示すべき 利益相反状態は下記の通りです。 ・該当者氏名: 〇〇 〇〇 ・該 当 事 項: 金額(企業・組織や団体名) 1. 顧 問 料: 〇〇万円(〇〇製薬株式会社) 2. 講 演 料: 〇〇万円(〇〇医療機器株式会社) 3. 奨学寄付金: 〇〇万円(〇〇株式会社) 以上
--	---

ポスター掲示形式

1. 最上段から縦 20cm の位置を演題名掲示と致します。本文の示説用スペースは、横 90cm 縦 160cm とします。

（図のように最上段左側の横 20cm、縦 20cm に演題番号を掲示します。尚、演題番号は本会が用意致します。その右側のスペースに、演題名、所属、発表者名を表示して下さい。尚、共同発表の場合、発表代表者名の前に○印をつけて下さい。）

2. ポスターには、研究目的、方法、結果、考察、結論（症例報告の場合には、緒言、症例、経過、予後、考察、結論）を簡潔に記載して下さい。

（読みやすい大きさのポイントで作成してください。また、図や表を多用し、見やすいようにお願いします。）

3. ポスターは会場の壁面に直接掲示します（画鋲使用）。掲示に際し、必要となる物品（ピン等）はこちらで準備しておりますので、ポスター受付においでください。

4. 発表当日スケジュール

9:00～ 9:30 ポスター掲示
12:50～13:20 発表
16:30～17:00 ポスター撤収

