**コ・メディカル形態機能学会第23回学術集会　演題・抄録申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名（40字以内） |  |
| 演者名※1発表者は名前のふりがなと○を記載し、会員の方は下線を引いてください  |  |
| 所属演者全員の所属を記載ください |  |
| 希望する発表形式※2１つ選び○をつけてください | 口演　・　示説　・　どちらでもよい |
| 学会奨励賞申込の希望※3学生の方は身分を、それ以外の方は年齢を申告ください |  |

※1応募資格：

筆頭演者はコ・メディカル形態機能学会の会員であること、もしくは応募時に入会申請

中であることが必要です。

※2発表形式：

運営上の都合により、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。発表方法

の詳細については、7月中旬頃にお知らせいたします。

※3学会奨励賞の対象者：

本学会員のうち、本学術集会の筆頭発表者であり、学生（大学院，学部，専門学校）、

または35歳(2024年3月時点)以下の者。ただし、過去の既受賞者は除きます。

発表者の連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| TEL/FAX |  |
| e-mail |  |
| 参加申込　月日 |  |

※演題申込前に参加申込をお済ませくださいますようお願いいたします。

演題抄録用紙

下記の内容で記載ください。そのまま予稿集に掲載します。

1. 12ポイント、MSP明朝体、左揃えで下記の順に枠内に記載してください。
2. 演題名（40字以内）
3. 演者全員の氏名（発表者に○印をつけてください。ふりがなを付してください。本会員には下線を引いてください）
4. 所属
5. 本文（400字以内）

下記から記載ください（ご記載の際は青文字の例を消してください）

|  |
| --- |
| 演題名(40文字)： 演者名：所属: 本文（400文字）:  |