**第20回コ・メディカル形態機能学会学術集会　演題・抄録申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名（40字以内） |  |
| 演者名  （発表者は名前のふりがなと○を記載，会員の方は下線を引いてください） |  |
| 所属  （所属、部署、専攻、演者全員の所属を記載ください） |  |
| 発表形式はすべて口述発表になります | ☑　口述発表 |
| 学会奨励賞申込の希望を記載  （学生の方は身分を，それ以外の方は年齢を申告ください） |  |

※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歳以下の者。社会人大学院生（35歳を超えても）は院生とします。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。ふりがなを振ってください。本会員には下線を引いてください）
4. 所属（所属機関・部署・専攻）
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）: |