

平成 20 年 5 月吉日

各位

第 8 回日本外傷歯学会総会・学術大会
大会長 砂川 元

第 8 回日本外傷歯学会一般演題募集について

拝啓

若葉の候、皆様におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、平成 20 年 11 月 1 日（土）、2 日（日）に第 8 回日本外傷歯学会総会・学術大会を開催する運びとなりました。本学会は、外傷歯に対する口腔外科学、歯科保存学、小児歯科学、歯科放射線学、口腔病理学関連からのアプローチや、明日からの臨床に役立つ新しい治療方針を目指した医療最前線を学ぶことを目的としています。今回の学術大会では前回の第 7 回に引き続き一般口演の場を設け第一線で活躍をされている先生方に日頃のご成果の発表をしていただきたいと考えております。

そこで、下記の要領にて一般演題を募集いたします。多数の先生のご応募をお待ちしております。

敬具

記

一般演題募集要項

1) 発表者の資格

発表者、共同演者ともに日本外傷歯学会会員に限ります。非会員の方は学会事務局までご連絡いただき、事前に入会手続きをお済ませ下さい。

〒802-0206 福岡県北九州市小倉南区葛原東 2-5-45

新生印刷出版社 事務センター内 日本外傷歯学会事務局

Tel: 093-473-5555 Fax: 093-473-5553

E-mail: shinseip@d9.dion.ne.jp

2) 発表形式

発表形式：口演発表のみです。

発表日時：11 月 1 日（土）または 11 月 2 日（日）。

日時の指定は当方にお任せ下さい。

日時は 9 月 8 日ごろに e-mail にて発表者の方へ直接連絡をいたします。

発表時間：発表 8 分・質疑応答 2 分

使用器機：液晶プロジェクターに接続したパソコン（ウインドウズパソコン）1 台を使用します。画面は 1 画面です。

使用 OS およびアプリケーション：OS : Windows XP

アプリケーション：マイクロソフト社 PowerPoint2003

(ただし VISTA 上の動作の保証はできません。)

発表データ：PowerPoint 形式のファイルで作成をお願いします。

注意事項：

特殊なフォント、アニメーション、動画は正確に表現できないことがあります。動画希望の方はまえもってメールにて相談をお願いいたします。また室内の照明の影響で色調の再現が正確にできない場合がありますのでご了承ください。

発表データの事前提出：

発表データは学会前日の 10 月 30 日（木）までにメディア（CD または MO）にコピーしたものを大会事務局まで郵送するか、メディア（CD または MO）または USB メモリーにデータを入れたものを発表の 1 時間前までに学会会場のスライド受付まで持参してください。

発表データの試写：

発表 1 時間前までにスライド受付にて試写を行い、確認をお願いします。文字のずれ等はその場で修正が可能です。その後当方でデータを実際に使用するパソコンにコピーをいたします。

発表後のデータ消去について：

データの不正使用防止のため、当方のパソコンにコピーしたデータは当方が責任を持って学会終了後すみやかに消去いたします。また、事前にメディアでデータの送付をしていただいた発表者の方には発表当日スライド受付にて提出いただいたメディアを返却いたします。

3) 申し込み方法

一般演題の申し込みはすべて e-mail でパソコンデータとして受け付けます。

演題申込時には事前抄録（事項 4）参照）も同時に提出してください。

4) 事前抄録について

1. 演題申込時に事前抄録の提出をお願いします。

2. 提出いただく事前抄録は下記の内容をお願いします。

- ・ 演者（発表者に○）
- ・ 所属
- ・ 演題名
- ・ 抄録本文（500 文字以内）
- ・ 発表者連絡先（電話、ファックス、e-mail を全て記入してください。）
- ・ なお、全て日本語でかまいません。

3. 事前抄録の作成方法

Microsoft Word で作製した doc 形式のファイルか、汎用フォーマットである text 形式のファイルで作成してください。

4. 事前抄録の提出方法

メールに添付して一般演題申込専用メールアドレス

(e-mail:a620916@med.u-ryukyu.ac.jp) までお送り下さい。問い合わせ等においてもこのメールアドレスにてお願いします。

なお、演題申し込みメールのタイトルは以下のようにお願いいたします。

「外傷歯学会演題:○○○○」(○○○○は申込演者のお名前を入力してください。)

受信確認の連絡：

一般演題申込専用メールアドレスに届きましたら、大会事務局から 1 週間以内に「受信あり」の連絡を必ずいたします。もし当方からの「受信あり」の連絡がない場合は、送受信トラブルの可能性が考えられます。このような場合は、再度送信していただくか郵送をお願いいたします。

5. 文字化け、文字ずれの確認のためのファックス（郵送）送信のお願い

e-mail での送付データの文字化けや改行ずれの確認および修正を大会事務局で行います。念のためにプリントアウトした事前抄録を大会事務局（098-895-1192）までファックスをお願いいたします。

5) 申し込み期間

平成 20 年 6 月 23 日（月）から 8 月 31 日（日）

6) 問い合わせ先（大会事務局）

大会事務局 〒903-0215

沖縄県中頭郡西原町字上原 207 番地

琉球大学医学部高次機能医科学講座顎顔面口腔機能再建学分野

準備委員長 新垣敬一

TEL : 098-895-1192 FAX : 098-895-1431

E-mail : a620916@med.u-ryukyu.ac.jp

以上