

# 第3回日本口腔筋機能療法学会学術大会 一般演題募集要項

## 日時・会場

日程：2015年10月29日（木）

会場：ベルサール九段（東京・東京都千代田区九段北1-8-10 住友不動産九段ビル 3F）

## 発表言語

原則として日本語とします。

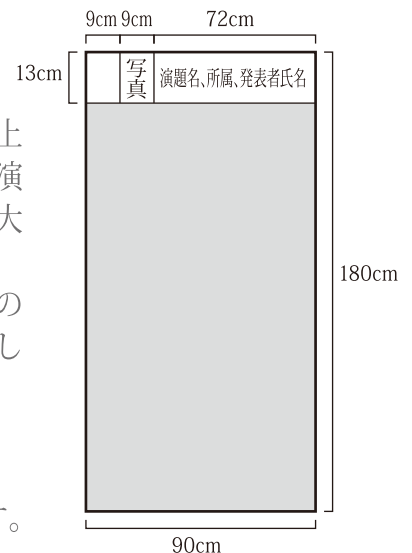
## 発表者の資格

原則として日本口腔筋機能療法学会会員であることとします。ただし、発表の根幹に関わる専門的知識あるいは技術の提供を行った非会員の共同発表者を2名以内に限り認めます。労務提供などの協力者はこれに該当しません。非会員の共同発表者を含む場合には、非会員発表者の氏名、所属、職名をお知らせください。演者および共同演者は個人名にてご登録いただき、人数は10名以下にしてください。

## 発表時間・形式

### ◎ポスター展示：

- ポスター作成は右図の要領に従ってください。
- 貼り付け可能面が幅90cm×高さ180cmのパネルを用意します。右上部の幅72cm、高さ13cmの範囲に「演題名」、「所属」、「発表者名」を、演題名左に「演者の顔写真(L版、カラー)」をご添付下さい。演題番号は大会本部で用意します。
- 机[幅180cm、奥行45cm、高さ72cm]と電源[ワット数記入のこと]の使用を希望する方は演題申込みの際に必ずご記入ください。原則として1演題に1パネルといたします。
- 展示物は当日9:30-10:30に搬入し、17:00-17:30に撤去して下さい。  
(定刻以降に展示物が残っている場合には大会事務局で処分します。)
- 14:00-14:30にポスターセッションでの質疑応答をお願いいたします。



### ◎一般口演：

- 一般口演セッション（15:45-）でのご発表をお願いいたします。口演時間8分、ディスカッション2分（合計10分）です。
- ご発表に際しノートパソコンをご持参ください。発表形式はパソコンを使用したプロジェクター映写を行います。パソコンのご用意が難しい場合はご相談に応じます。

## 演題申込方法

---

下記連絡先 [E-mail](#) にて演題を受付けておりますので、記載事項をご確認の上お申し込みください。折り返し事務局より 7 月 20 日以降にメールにてご返信差し上げます。(万一、返信がない場合にはお手数ですがご確認のお電話を賜れば幸いです。何卒よろしくお願ひいたします。)

### 1) 申し込み時の記載事項

- ◆発表形式(ポスター／一般口演) ◆演題名 ◆演者名 ◆所属
- ◆ポスター展示用机使用の有無と電源ワット数
- ◆代表者連絡先(住所／電話番号／連絡のとれる E-mail アドレスをご記入ください。)

### 2) 申し込み連絡先

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 T S ビル  
(一財) 口腔保健協会 コンベンション事業部内  
第 3 回日本口腔筋機能療法学会学術大会事務局 宛  
TEL:03-3947-8761 / FAX:03-3947-8873  
演題・事前抄録受付用 E-mail アドレス: [gakkail@kokuhoken.or.jp](mailto:gakkail@kokuhoken.or.jp)

## 演題締切り日時

---

**演題募集締切り：2015 年 7 月 20 日 (月)**

**事前抄録締切り：2015 年 7 月 31 日 (金)**

※事前抄録のフォーマットは学会ホームページからダウンロードできます。

<http://www.oralmyofunctional.info/society/guidance.html>

(事前抄録締め切りが例年より早くなっておりますのでご注意ください)

### 大会事前登録のご案内

学会大会の事前登録に関しましては、後日抄録集とともに送付されます事前登録案内をご参照下さい。