**第14回日本臨床栄養代謝学会 首都圏支部会学術集会　演題応募フォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名（全角50文字以内） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 発表方式 | 口演 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 「倫理委員会」承認の有無 | [ ] 　　 | 倫理委員会の承認済（病院名　　　　　　　/承認番号　　　　　　　） |[ ]  倫理委員会の審査を必要としない演題 |

|  |  |
| --- | --- |
| 募集テーマ※右のプルダウンのカテゴリーからお選びください。 | 募集テーマをお選びください |

|  |  |
| --- | --- |
| 筆頭著者氏名（ふりがな）共著者氏名（ふりがな）【例】京都 太郎(きょうと たろう)1伏見 次郎(ふしみ じろう)2上京 三郎(かみぎょう さぶろう)3下京 花子(しもぎょう はなこ)1,2 |  |

※所属機関の番号を付けてください。著者数は最大10名まで登録できます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名【例】1 ○○大学糖尿病内科2 ○○○病院糖尿病科3 ○○○研究所 |  |

※複数の所属機関がある場合、所属機関に番号を付けてください。所属機関は最大8施設まで登録できます。

筆頭著者情報（以下の項目も必ずご入力下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 所属機関電話番号 |  |
| 所属機関FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

※連絡先が筆頭著者と異なる場合は、以下に入力して下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 所属機関電話番号 |  |
| 所属機関FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

※最終的な演題の採否および発表演題区分、発表形式は当番世話人にご一任下さいますようお願い致します。

---------------抄録本文は次ページに入力してください---------------

抄録本文は【目的】【方法】【結果】【考察及び結論】の順番に記載してください。

症例報告の場合は【目的】【症例提示】【考察及び結論】としてください。

|  |
| --- |
| 抄録本文（**MS明朝・12ポイント・全角700文字以内**）※MSワードをお使いの場合、文字カウントの機能をお使いになると便利です。[ツール] タブの [文字カウント] をクリックすると選択部分の文字数が確認できます。 |
| ここに入力してください。 |

**※必ず上記範囲内に抄録原稿を収めてください。**