第15回日本皮膚科心身医学会

抄録入力フォーム

データご提出先：第15回日本皮膚科心身医学会

運営事務局 事務局長

福永　淳

E-mail：atsushi.fukunaga@ompu.ac.jp

会　　　期：2024年1月26日（日）

会　　　場：大阪医科薬科大学医学部

会　　　長：森脇　真一（大阪医科薬科大学医学部　皮膚科学講座）

事　務　局：大阪医科薬科大学医学部　皮膚科学講座

事　務　局　長　：福永　淳

　　　　　　E-mail：atsushi.fukunaga@ompu.ac.jp

筆頭演者・所属などについて

筆頭著者情報（以下の項目は必須です：連絡の取れる先を入力してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 筆頭演者　氏名（必須） |  |
| 筆頭演者氏名（ふりがな）（必須） |  |
| 筆頭演者所属機関名（必須） |  |
| 所属機関住所（必須） | 〒 |
| 所属機関電話番号（必須） |  |
| 所属機関FAX番号（必須） |  |
| メールアドレス（必須） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名＊所属期間最大5施設までとしてください。 | ＊複数の所属機関がある場合、必ず所属機関に番号を付けてください。【例】参照1,ここには筆頭演者の所属を入力ください。2,3,4,5, |

【例】1,大阪医科薬科大学皮膚科学教室

2,大阪医科薬科大学小児科

3, 大阪医科薬科大学精神科

|  |  |
| --- | --- |
| 共著者氏名（ふりがな）＊演者（共同演者含む）は、最大10名までとしてください。 | ＊必ず所属機関の番号を付けてください。【例】参照 |

【例】高槻 太郎1、高槻　次郎2、高槻　三郎3、高槻　四郎1,2

連絡先について

※連絡先が筆頭著者と異なる場合は、以下に入力してください。同じ場合には入力は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

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

|  |
| --- |
| 抄録本文（全角1100文字以内）※図表は1点までとし、全角300文字とカウントしてください。※MS Wordの文字カウント機能をお使いになり文字数をご確認ください。[校閲] タブの [文章校正] で [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。 |

入力（登録）は以上です。入力いただけましたら、第15回日本皮膚科心身医学会 運営事務局 事務局長

大阪医科薬科大学皮膚科　福永　淳　atsushi.fukunaga@ompu.ac.jp にお送りください。