平成30年度「歯科基礎医学会学術シンポジウム」公募申請書

平成　　年　　月　　日

------------------------------------------------------------------------------------------------

■申請者氏名：

　　　　所属：

　　　連絡先：〒

　　　　電話：　　　　　　　　　 Fax：　　　　　　　 e-mail:

------------------------------------------------------------------------------------------------

■シンポジウム名：

------------------------------------------------------------------------------------------------

■シンポジウムの目的と概要（200字程度）：

------------------------------------------------------------------------------------------------

■演者名、所属、演題（仮）：

１．演者：

　　所属：

　　演題：

２．演者：

　　所属：

　　演題：

３．演者：

　　所属：

　　演題：

４．演者：

　　所属：

　　演題：

５．演者：

　　所属：

　　演題：

================================================================================================

■公募要領：

　1．10ポイントの文字を使用して下さい。

　2．申請者氏名、所属：実質的なシンポジウムのオーガナイザー、実施責任者となる方を記載して下さい。

　3．連絡先：郵便番号、住所、電話番号、FAX番号、電子メールアドレスを記載して下さい。

　4．テーマ：20字程度で簡潔に記載して下さい。副題を付けても構いません。

　5．目的と概要：200字程度で、シンポジウムの目的や意義などシンポジウムの概要を記して下さい。

　6．予定演者名、所属、演題：依頼予定演者の名前、所属、演題（仮）を、演者毎に記載して下さい。

演者には海外の研究者が含まれることが望まれますが、必須ではなく、今回は審査要件とはしません。

申請時には参加可能か否か等の打診は必要ありませんが、実現の見込みのある方を記して下さい。

なお、シンポジストにはJOB誌にreview論文等の投稿依頼をします。

　7．締め切り：***平成29年11月29日（水）消印有効***。

　8．郵送先：〒170-0003　東京都豊島区駒込1-43-9　駒込TSビル301（一財）口腔保健協会内

　　　　　　　　一般社団法人歯科基礎医学会事務局　行

　　　　　　　メールアドレス：gakkai25@kokuhoken.or.jp