|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 演題名 |  | |
| 発表者氏名 | (例)〇〇　〇〇1 | ふりがな |
|  |  |
| 共同演者氏名 | (例)〇〇　〇〇1、〇〇　〇〇2 | |
|  | |
| 演者所属 | (例)1〇〇大学口腔外科　2〇〇病院歯科 | |
|  | |
| 連絡先（住所） | 〒 　　 - | |
| 連絡先（電話番号） |  | |
| 連絡先（E-mail） |  | |
| 要旨（800字以内） | | |

※注意事項※

・フォント：MSゴシック体、10ポイントで作成してください。

・A4用紙1枚内におさめてください。（800字以内）  
・発表形式　PC プロジェクター 発表 6 分、質疑応答：3 分　（採択後に再通知します。）

・作成したファイルは事務局（[**2025.miyazaki.jss@gmail.com**](mailto:2025.miyazaki.jss@gmail.com)）へお送りください。

・メールのタイトルに「第58回口腔科学会九州地方部会演題登録」と記載してください。