第14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14回日本皮膚科心身医学会　運営事務局

株式会社永大企画

[jpsd14@eidai-d.jp](mailto:jpsd14@eidai-d.jp)

会　　　期：2024年1月28日（日）

会　　　場：JPタワー 名古屋ホール＆カンファレンス

　　　　　　（ハイブリッド開催）

会　　　長：山北 高志（藤田医科大学医学部　皮膚科学講座）

事　務　局：藤田医科大学医学部　皮膚科学講座

運営事務局：株式会社永大企画 内

　　　　　　〒461-0011 名古屋市東区白壁1-45 白壁ビル4階

　　　　　　TEL：052-880-0121／FAX：052-880-0390

　　　　　　E-mail：[jpsd14@eidai-d.jp](mailto:jpsd14@eidai-d.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,藤田医科大学皮膚科学教室

2,藤田医科大学小児科

3,藤田医科大学精神科

|  |  |
| --- | --- |
| 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】名古屋　太郎1、名古屋　次郎2、名古屋　三郎3、名古屋　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14回日本皮膚科心身医学会 運営事務局

株式会社永大企画[jpsd14@eidai-d.jp](mailto:jpsd14@eidai-d.jp)にお送りください。