**第１回日本小児口腔発達学会総会・学術集会**

**演題登録チェックリスト**

**演題名：**

**筆頭演者または発表者名：**

**生年月日**（西暦）**：** 　　　年 月 日

**所属先 ：**

**連絡先：**

**Email：**

**電話番号：**

1. 筆頭演者または発表者は会員である　□　入会済　□　大会までに入会予定
2. 過去に類似する発表により，本演題の発表者または共著者が他学会等で受賞を受けたことが　　　　　□　ある　　□　ない
3. 倫理性の配慮：　　□　倫理規定遵守　　□　必要ない
4. 利益相反：　　□　あり　□　なし
5. 発表内容：　　□　調査・研究

□　症例報告

1. カテゴリー：　　□ 結果的原因にアプローチ

□ 代償的原因にアプローチ

□ 根本的原因にアプローチ

以上を不正なく記載し，チェックリストと抄録の提出をもって演題登録を行います．

　年　　月　　日

**発表者名（自署）：**

上記、署名は確かに自署であることを申告します　□

（ご署名の上、チェックボックスにレ点を入れてください）

**第1回日本小児口腔発達学会総会・学術集会　演題抄録（調査・研究）**

発表者の氏名の前に〇を付記してください．　　　　　　　※図表の使用はできません

発表内容：　□　調査・研究　　　□　症例報告　　□　報告発表

※発表形式はポスター発表とし，優れた発表内容には一般口演の依頼をさせていただきます．



**演題名**

発表者

所　属

**【目　的】**

**【方　法】**

**【結　果】**

**【考　察】**

**第1回日本小児口腔発達学会総会・学術集会　演題抄録（症例報告）**

発表者の氏名の前に〇を付記してください．　　　　　　　　※図表の使用はできません

発表内容：　□　調査・研究　　　□　症例報告　　□　報告発表

※発表形式はポスター発表とし，優れた発表内容には一般口演の依頼をさせていただきます．



**演題名**

発表者

所　属

**【背　景】**

**【症　例】**

**【考　察】**